

Psychische problemen, gezinsbelasting,
gezinsfunctioneren en meegemaakte stress
bij dove kinderen

Een klinisch-epidemiologisch onderzoek

Aan mijn ouders

Marloes

Rianne en Willemijn

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Eldik, Teunis Thomas van

Psychische problemen, gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en meegemaakte stress bij dove kinderen. Een klinisch-epidemiologisch onderzoek

Teunis Thomas van Eldik – Voorburg/ Zoetermeer: Instituut voor Doven Effatha [distr.]

Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam

Met literaturopgave en samenvatting in het Engels

ISBN 90-803809-2-x

Trefw.: doven; epidemiologie, psychische problemen, opvoedingsomgeving

ISBN 90-803809-2-x

© 1998 Instituut voor Doven Effatha Voorburg/Zoetermeer

Druk: Copynomie Rotterdam

Omslagontwerp: Erik van Eldik

Distributie: Instituut voor Doven Effatha, Postbus 997, 2270 AZ Voorburg (070-3073500)

All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the written permission of the publisher.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Psychische problemen, gezinsbelasting,
gezinsfunctioneren en meegemaakte stress
bij dove kinderen

Een klinisch-epidemiologisch onderzoek

Mental health problems, family stress, family functioning
and stressful life events of deaf children

A clinical-epidemiological research

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR AAN DE
ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM OP GEZAG VAN DE
RECTOR MAGNIFICUS

PROF.DR. P.W.C. AKKERMANS M.A.

EN VOLGENS HET BESLUIT VAN HET COLLEGE VOOR PROMOTIES
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP

WOENSDAG 3 FEBRUARI 1999 OM 13.45 UUR

DOOR

TEUNIS THOMAS VAN ELDIK

GEBOREN TE EDE

PROMOTIECOMMISSIE

PROMOTOREN: PROF.DR. F.C. VERHULST
PROF.DR. PH.D.A. TREFFERS
OVERIGE LEDEN: PROF.DR. J.W. VEERMAN
PROF.DR. F. VERHEIJ
PROF.DR. C.D.A. VERWOERD

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid, Stichting Nationaal Fonds "Het Gehandicapte Kind", Stichting Levi Lassen, Stichting VSB Fonds Den Haag en Onstroken en het Instituut voor Doven Effatha.



Double Doubt (1998) Theo van Eldik

*If my heart could do my thinking
and my head begin to feel
I would look upon the worl anew
and know what's truly real*

Van Morrison

Inhoud

Voorwoord	11
Hoofdstuk 1 Introductie	13
1.1 Aanleiding voor onderzoek	13
1.2 Veld van onderzoek	14
1.2.1 Inleiding	14
1.2.2 Prevalentie van doofheid in Nederland	15
1.2.3 Onderwijsvoorzieningen voor doven	16
1.2.4 Hulpverlening voor doven binnen doveninstellingen	18
1.2.5 Instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg voor doven	18
1.2.6 Instituut voor Doven Effatha	19
1.3 Onderzoekskader: epidemiologisch onderzoek	20
1.4 Samenvatting	22
Hoofdstuk 2 Doofheid - terminologie en achtergronden	24
2.1 Inleiding	24
2.2 Doofheid - terminologie en definiëring	24
2.3 Diagnose en etiologie van doofheid	25
2.4 Nevenstoornissen	26
2.5 Implicaties voor de ontwikkeling en de opvoeding	27
2.5.1 Taalontwikkeling en communicatie	27
2.5.2 Communicatiemethoden	28
2.5.3 Cognitieve ontwikkeling	29
2.5.4 Sociaal-emotionele ontwikkeling	30
2.5.4.1 Invloed van de diagnose voor kind en gezin	30
2.5.4.2 Communicatie tussen kind en ouders	30

2.5.4.3	Omgevingsinvloeden	31
2.5.4.4	Dooftheid en gehechtheid	31
2.5.4.5	Zelfconcept en identiteit	32
2.5.4.6	Persoonlijkheidskenmerken van doven	33
2.6	Samenvatting	33

Hoofdstuk 3 Emotionele problemen en gedragsproblemen in doven-populaties - een literatuuroverzicht 36

3.1	Inleiding	36
3.2	Globaal overzicht	36
3.3	Literatuurbespreking	37
3.3.1	Prevalentie van problemen - algemeen niveau	37
3.3.2	Prevalentie van problemen - syndromen	41
3.3.3	Prevalentie van problemen - symptomen	42
3.3.4	Stabiliteit en continuïteit	43
3.3.5	Factoren die samenhangen met problemen	43
3.4	Methodologische kanttekeningen	46
3.5	Discussie	48
3.6	Samenvatting	49

Hoofdstuk 4 Vraagstellingen en opzet van het onderzoek 50

4.1	Inleiding	50
4.2	Vraagstellingen van het onderzoek	50
4.3	Opzet van het onderzoek	51
4.3.1	Cross-sectioneel onderzoek	52
4.3.2	Kanttekeningen bij cross-sectioneel onderzoek	52
4.4	Keuze van de meetinstrumenten	53
4.4.1	Child Behavior Checklist (CBCL)	53
4.4.2	Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS)	54
4.4.3	Gezins Dimensie Schalen (GDS)	55
4.4.4	Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG)	56
4.5	Onderzoeksmodel	56
4.6	Statistische methoden	58
4.7	Samenvatting	59

Hoofdstuk 5 Onderzoeksgroep en procedures

5.1	Inleiding	60
5.2	Doelpopulatie	60
5.2.1	Criteria voor de doelpopulatie	60
5.2.2	Omvang van de doelpopulatie	62
5.3	Aanschrijven van de onderzoeksgroep	64

5.3.1	Benadering van de scholen/instituten en screening	64
5.3.2	Benadering van de ouders	65
5.4	Afnameprocedure	65
5.4.1	Toegestuurde vragenlijsten	65
5.4.2	Procedure van het interview	65
5.4.2.1	Interviewers	65
5.4.2.2	Thuisinterview	66
5.5	Medewerking van de scholen/instituten	67
5.5.1	Respondenten	67
5.5.2	Non-respondenten	68
5.5.3	Onderzoeksgroep	69
5.5.3.1	Achtergrondgegevens van de DSSHS-kinderen	69
5.5.3.2	DS-kinderen versus de SHS-kinderen	70
5.5.4	Representativiteit van de onderzoeksgroep	70
5.5.4.1	Representativiteit van de DS-kinderen	71
5.5.4.2	Representativiteit van de SHS-kinderen	71
5.6	Samenvatting	72

Hoofdstuk 6 Resultaten: emotionele problemen en gedragsproblemen 74

6.1	Inleiding	74
6.2	Inventarisatie	74
6.3	Vergelijking DSSHS-groep met algemene bevolkingsgroep	75
6.3.1	Probleemscores	75
6.3.2	Borderline range en klinische range	79
6.3.3	Individuele probleemitems	81
6.4	DSSHS-groep: probleemscores en demografische/diagnostische kenmerken	82
6.5	DSSHS-groep: individuele probleemitems	84
6.6	Samenvatting	85

Hoofdstuk 7 Resultaten: opvoedingsomgeving 87

7.1	Inleiding	87
7.2	Gezinsbelasting	87
7.2.1	Inventarisatie	87
7.2.2	Vergelijking DSSHS-groep en normgroep	88
7.2.2.1	NVOS-scores	88
7.2.2.2	Uitzonderlijke gezinsbelasting	89
7.2.3	DSSHS-groep: NVOS-scores en demografische/diagnostische kenmerken	90
7.2.4	Samenvatting	91
7.3	Gezinsfunctioneren	92
7.3.1	Inventarisatie	92
7.3.2	Vergelijking DSSHS-groep en normgroep	92
7.3.2.1	Dimensies Adaptatie en Cohesie	92
7.3.2.2	Gezinstypen	94
7.3.3	DSSHS-groep: GDS-scores en demografische/diagnostische kenmerken	95

7.3.4	Samenvatting	96
7.4	Levensgebeurtenissen	97
7.4.1	Inventarisatie	97
7.4.2	Vergelijking DSSHS-groep en normgroep	98
7.4.2.1	VMG-scores	98
7.4.2.2	Uitzonderlijke stress	100
7.4.2.3	VMG-items	101
7.4.3	DSSHS-groep: VMG-scores en demografische/diagnostische kenmerken	102
7.4.4	Samenvatting	103
7.5	Opvoedingsomgeving van DSSHS-kinderen: totaalbeeld	104
7.5.1	Opvoedingsomgeving	104
7.5.2	Samenvatting	106

Hoofdstuk 8 Predictie van emotionele problemen en gedragsproblemen 108

8.1	Inleiding	108
8.2	Onderzoeksmodel	108
8.2.1	Overwegingen bij het onderzoeksmodel	108
8.2.2	Operationalisering van de factoren	111
8.3	Voorspellen van emotionele problemen en gedragsproblemen	112
8.3.1	Partiële correlaties	112
8.3.2	Correlaties CBCL-scores en factorscores opvoedingsomgeving	113
8.3.3	Regressie-analyses	114
8.3.4	Uitkomsten regressie-analyses	116
8.4	Samenvatting	118

Hoofdstuk 9 Besluit 120

9.1	Inleiding	120
9.2	Beantwoording van de vraagstellingen	121
9.2.1	Emotionele problemen/gedragsproblemen en de opvoedingsomgeving	122
9.2.1.1	Bevindingen	122
9.2.1.2	Discussie	124
9.3	Kanttekeningen bij opzet onderzoek	134
9.4	Conclusies en aanbevelingen	138
9.5	Samenvatting	143

Samenvatting 144

Summary 147

Referenties 150

Bijlagen 165

Voorwoord

Gegevens over psychische problemen van dove kinderen stammen voornamelijk uit buitenlands onderzoek. Wat de opvoedingsomgeving van dove kinderen betreft, is bekend dat ouders diverse problemen kunnen ervaren. Systematisch onderzoek hiernaar is echter nauwelijks verricht. Vanwege deze lacunes, zijn sinds 1989 door mij enige onderzoeken uitgevoerd. In het bijzonder zijn bij een groep dove jongens van zes tot elf jaar, afkomstig van verschillende dovenscholen, (follow-up) gegevens verzameld omtrent hun psychisch functioneren en de meegemaakte stress. Dit onderzoek is een verbreding en een verdieping van de voorgaande studies. Er wordt verslag gedaan van een inventarisatie over psychische problematiek van een groep kinderen in leeftijd van vier tot achttien jaar. Verder zijn drie aspecten van de opvoedingsomgeving nader bezien, te weten gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en meegemaakte stress van dove kinderen. Zowel dove kinderen van dovenscholen als van slechthorendenscholen zijn in dit onderzoek betrokken. Dat laatste heb ik als een bijzonderheid ervaren, en niet alleen omdat ik voor betreffende schooldirecties een 'buitenstaander' was. In dit onderzoek komen aspecten aan de orde waarmee de dagelijkse praktijk op een of andere manier allang werkt. Maar nu verzameld met gestandaardiseerde meetinstrumenten, die de praktijk zoals ik die kende tot voor kort niet gebruikte. Onbekend maakt afwachtend, maar onderzoek helpt (minstens een beetje). Dat is dus gedaan. En nú maar even afwachten.

Diverse personen en instanties ben ik dankbaar voor hun medewerking en bijdrage aan dit onderzoek. Hun namen wil ik hierna noemen. De directie van het Instituut voor Doven "Effatha" wil ik bedanken voor hun daadwerkelijke steun, waardoor dit onderzoek kon starten. In het bijzonder wil ik Alje Mulder bedanken voor zijn voortdurende aanmoediging en enthousiasme. De directie van het Koninklijk Instituut voor Doven "H.D. Guyot" wil ik bedanken voor hun medewerking aan het onderzoek en de geboden gastvrijheid. Graag bedank ik Freke voor haar enthousiasme en hulp bij het aanleveren van data. De directies van de slechthorendenscholen wil ik bedanken voor hun vaak enthousiaste medewerking

aan het onderzoek. Het feit dat ik voor hen een zekere 'buitenstaander' was, bleek geen belemmering om mee te doen. Ik wil graag alle medewerkers van de diverse scholen bedanken die bereid waren toegestuurde vragenlijsten in te vullen. Tal van leerkrachten, groepsleiding, psychologen, (ortho)pedagogen, audiologen en maatschappelijk werkenden hebben hiervoor geen moeite nagelaten. Alle ouders van de dove en ernstig slechthorende kinderen wil ik graag bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek. Voor hun bereidheid informatie over hun kind en over zichzelf aan een derde mede te delen. Hun verhalen waren soms erg persoonlijk. Zonder het te weten inspireerden zij mij. De promotoren prof.dr. F.C. Verhulst en prof.dr. Ph.D.A. Treffers waren vanaf de start bij dit onderzoek betrokken. Beiden gaven op een prettige wijze kritisch en stimulerend commentaar bij het manuscript. Prof.dr. J.W. Veerman (die startte als co-promotor) wil ik bedanken voor zijn niet aflatende, stimulerende commentaar en waardevolle adviezen bij het manuscript. Graag bedank ik Harm Damen (Paedologisch Instituut te Nijmegen) die ondersteuning bood bij de data-analyses. De volgende personen (ten tijde van het onderzoek meest doctoraal studentes Pedagogiek en Psychologie) bedank ik voor het houden van de thuisinterviews, waarvoor zij stad en land afgingen: M.S. Bal, M. van de Camp, Th. Doornbosch, C.M.M. Driessen, A.M. van Harten, M.V. de Jonge, N.J. Kroon, Y. van der Lee, S.A.M. Legtenberg, J. Leidner, L. Mulder, B.H. Renting, E. van Schot, C.L. Schrijver, N. Schreurs, M. Spat, M. van der Steege, D. Verloop, D. Versteeg, M. de Vroomen en F. van der Wagt. Verder bedank ik J. Roose, M.J. Gabriëls en J. Meijer, die geduldig en zorgvuldig alle data-invoer verzorgden. De heer A. Verschoor (FOSS) wil ik bedanken voor zijn ondersteuning en de heer Boot voor zijn inspanningen. Ik bedank Marina voor de fraaie opmaak van het manuscript, Liesbeth en Bé voor hun aanvullende hulp. Peter bedank ik voor zijn opgewektheid waarmee hij de tekst nog eens grondig doornam op taalfouten, en voor zijn kameraadschap. De volgende personen bedank ik voor hun steun en aanmoediging: Willem, Harry, Bas, Tjeb, Anne, Josje, Gert, Catherine, Rinus, Peter, Klaas en Nico. Erik bedank ik voor zijn gastvrijheid en voor zijn vriendschap ('kunst helpt').

Theo van Eldik
december 1998

Hoofdstuk 1

Introductie

1.1 Aanleiding voor onderzoek

Het onderzoek bij kinderen en adolescenten met een auditieve stoornis heeft zich lange tijd goeddeels gericht op onderwerpen als spraak- en taalverwerving, de daarmee in verband staande communicatieproblematiek (zoals de invloed van verschillende communicatiemethoden in de moeder-kind interacties en verschillen in ontwikkeling tussen kinderen met en kinderen zonder ouders met een auditieve stoornis) en cognitieve vaardigheden. Er wordt pas sinds de zeventiger jaren systematisch onderzoek verricht naar de ontwikkeling op sociaal-emotioneel gebied. Over het algemeen wordt aangenomen dat emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove volwassenen en kinderen vaker voorkomen dan bij horenden.

In uitspraken over het psychisch functioneren van doven baseert men zich voornamelijk op Amerikaanse en Engelse literatuur. De laatste jaren ontstaat ook in Nederland steeds meer aandacht voor psychische problematiek bij doven, met name na de verschijning van het boek "En niemand heeft geluisterd ..." (Frenay, 1984), een aangrijpend relaas van een moeder over een jonge dove man die in psychische moeilijkheden raakt. Tot op heden is in Nederland echter weinig systematisch onderzoek verricht op het gebied van het sociaal-emotioneel functioneren van kinderen met een auditieve stoornis. Met name de vraag in hoeverre binnen deze groep sprake is van 'afwijkend gedrag', c.q. emotionele problemen en gedragsproblemen, met andere woorden "enigerlei vorm van onaangepast en ongewenst gedrag." (De Bruyn, 1985), is nauwelijks onderzocht. De eerste klinische beschrijvingen van de emotionele ontwikkeling van kinderen met een auditieve stoornis in Nederland komen van Van Uden (1969; 1973). In zijn beschrijvingen staat het isolement van doven in hun omgeving ten gevolge van de

moeilijkheid te communiceren ('verlatenheidssyndroom') centraal. Meer recent is door Broesterhuizen (1992) een onderzoek uitgevoerd naar patronen van psychosociale aanpassing van dove kinderen in een instituut. Spronk (1993) beschrijft de ontwikkeling van instrumentarium voor de persoonlijkheidsdiagnostiek van dove kinderen. In 1989 is onderzoek gestart naar emotionele problemen en gedragsproblemen bij kinderen met een auditieve stoornis in verschillende onderwijs- en opvoedingsomgevingen (Van Eldik, 1990; 1992; 1993b; zie Hoofdstuk 3).

Ook naar de opvoedingsomgeving van dove kinderen werd weinig onderzoek verricht. De aandacht beperkte zich voornamelijk tot de moeder-kind interactie in samenhang met de communicatieve ontwikkeling. Ook het gezinsfunctioneren van een gezin met een doof kind, de door de ouders beleefde gezinsbelasting en de door de kinderen zelf ervaren belasting waren nauwelijks onderwerp van onderzoek. Overigens is hier een parallel te trekken met onderzoek bij horenden: de belangstelling voor gezinsonderzoek is van recente datum (zie Schoorl, De Vries & Wijnekus, 1988). Voor zover bekend werd het eerste onderzoek in Nederland naar de door kinderen met een auditieve stoornis ervaren stress, door Van Eldik uitgevoerd (Van Eldik, 1993a; 1994b; zie Hoofdstuk 3).

De lacunes in het Nederlandse onderzoek op het terrein van de psychopathologie en de opvoedingsomgeving van kinderen met een auditieve stoornis zijn belangrijke aanleidingen geweest voor dit onderzoek. Hierin is een poging ondernomen om over genoemde gebieden relevante gegevens van de Nederlandse dovenpopulatie te verkrijgen. In Hoofdstuk 4 tot en met 8 worden de resultaten weergegeven van dit onderzoek naar het emotionele en gedragsmatige functioneren van dove kinderen en naar hun opvoedingsomgeving. Daaraan voorafgaande zal in Hoofdstuk 2 nader ingegaan worden op algemene en op specifieke implicaties van doofheid voor de ontwikkeling van kinderen. In Hoofdstuk 3 zal ruim aandacht besteed worden aan de bevindingen uit de onderzoeksliteratuur over emotionele problemen en gedragsproblemen in dovenpopulaties. In het vervolg van Hoofdstuk 1 zullen ter introductie het veld van onderzoek en de onderwijsvoorzieningen voor doven, nader belicht worden. Verder zal het onderzoekskader van dit onderzoek besproken worden.

1.2 Veld van onderzoek

1.2.1 Inleiding

Het veld van onderzoek omvat de (onderwijs)voorzieningen voor doven in Nederland. Om een indruk te krijgen van de specifieke doelgroep van dit onderzoek zal een aantal achtergronden met betrekking tot onderwijs en

hulpverlening aan doven beschreven worden. In Hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de omschrijving van doofheid zoals in dit onderzoek gehanteerd is. Hierna komen achtereenvolgens de onderwijsvoorzieningen voor doven, de hulpverlening aan doven in doveninstellingen en de instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg voor doven, aan de orde. Omdat het overgrote deel van de onderzoeksgroep uit kinderen van het doveninstituut Effatha (zie Hoofdstuk 5) bestaat, zal dit instituut bijzondere aandacht krijgen. Om een beeld te krijgen van de omvang van de groep doven zal eerst ingegaan worden op de prevalentie van doofheid in Nederland.

1.2.2 Prevalentie van doofheid in Nederland

Over de populatie dove mensen in Nederland bestaan uiteenlopende prevalentiecijfers. Dit is vooral te herleiden tot de verschillen in de gehanteerde definities van doofheid (zie ook Hoofdstuk 2), de onderzoeksmethoden en de onderzochte groepen (zie Chorus, Kremer Oortwijn & Schaapveld, 1995). Breed en Swaans-Joha (1986) schatten, op basis van dossieronderzoek onder oud-leerlingen van de vijf doveninstituten in Nederland, het aantal dove personen op drie tot tien op de 10.000 (gemiddeld 0.46 per 1000 inwoners). Vientjer en Govers (1988) concludeerden, op basis van rapportage van dovenscholen, dat doofheid bij ongeveer vijf op de 10.000 personen voorkwam. Het CBS/NIMAWO (1990) vond, op basis van een gezondheidsenquête, dat ongeveer twintig op de 10.000 personen een ernstige auditieve beperking hadden.

Cijfers over het aantal dove kinderen in Nederland tonen een even divers beeld. De NZR (mondelinge mededeling, 1990) telde 86 kinderen per jaarcohort en de FODOK (mondelinge mededeling, 1990) 100 kinderen per jaarcohort. Het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (1990) telde 1200 dove kinderen in de leeftijd van 3-20 jaar, die ingeschreven staan aan de scholen voor onderwijs aan dove kinderen. Reerink, Hermgreen, Verkerk en Verloove-Vanhorick (1993) vonden, in een aselechte steekproef van kinderen die een consultatiebureau bezochten, aangeboren doofheid bij twee op de 1000 kinderen. Coninx en Creemers (1993) schatten het aantal dove kinderen op zes per 10.000. In een zeer recent onderzoek van De Graaf, Knippers en Bijl (1997), wordt de prevalentie van doofheid middels een extrapolatie van gegevens van 6-12 jarige kinderen van alle dovenscholen en slechthorendenscholen, geschat op 6965 personen (0.45 per 1000 inwoners). Het totaal aantal 6-12 jarige dove en ernstig slechthorende kinderen, met bijtelling van niet aan dovenscholen en slechthorendenscholen geregistreerde kinderen, wordt geschat op 979. Hiervan is 61% doof (ongeveer 597 kinderen); dit komt neer op ongeveer 85 dove kinderen per jaarcohort (zie ook 1.2.3).

In dit onderzoek wordt uitgegaan van een totale dovenpopulatie van 1275 dove kinderen in de leeftijd van vier tot achttien jaar, gebaseerd op bovenstaande

aanname van ongeveer 85 dove kinderen per jaarcohort. In Hoofdstuk 5 wordt uitgebreid op de doelpopulatie en de criteria voor de onderzoeksgroep ingegaan.

1.2.3 Onderwijsvoorzieningen voor doven

In Nederland volgt de grootste groep doven sinds jaar en dag onderwijs aan aparte dovenscholen. Volgens De Graaf, e.a. (1997) betreft dit 85% van de 6-12 jarige dove kinderen (ofwel ongeveer 507 kinderen). Ten tijde van dit onderzoek waren er vijf dovenscholen. Drie daarvan waren tevens AWBZ-instellingen (hierna aangegeven met een *), wat betekent dat zij ook vormen van hulpverlening verzorgden (hierover meer in 1.2.5). De vijf dovenscholen, in alfabetische volgorde, zijn de J.C. Ammanschool te Amsterdam, het Christelijk Instituut voor Doven "Effatha" te Voorburg *), het Katholiek Instituut voor Doven te Sint-Michielsgestel *), het Koninklijk Instituut voor Doven "H.D.Guyot" te Haren *) en het Rudolf Meesinstituut te Rotterdam.

De aanvangsleeftijd van kinderen voor het dovenonderwijs kan al twee tot drie jaar bedragen. Reden voor dit vroege tijdstip is om, direct na de vaststelling van de auditieve stoornis, de mogelijkheden te gebruiken voor het op gang brengen van de taal- en spraakverwerving. Vanaf 6-7 jaar wordt onderwijs gevolgd aan de afdeling voor Speciaal Onderwijs voor doven (SO). De meeste dove kinderen schrijven zich op ongeveer 12- tot 14-jarige leeftijd in op een school voor Voortgezet Speciaal Onderwijs voor doven (VSO). Het aanbod betreft hier voornamelijk havo-, mavo- en lbo-opleidingen. Naast de SO- en VSO-afdelingen zijn de SO-MG en VSO-MG afdelingen te onderscheiden (MG staat voor Meervoudig Gehandicapt). MG-afdelingen worden over het algemeen bezocht door leerlingen die het onderwijsaanbod van het (V)SO niet aankunnen. Daarvoor kunnen diverse redenen zijn, zoals specifieke leerproblemen, onderwijsachterstanden, intellectuele problemen en communicatieproblemen. In Hoofdstuk 2 wordt uitvoeriger op de MG-kinderen ingegaan.

De vijf dovenscholen liggen geografisch verspreid over Nederland en vervullen in toenemende mate een regionale functie. Zij kennen een eigen traditie, met name betreffende levensbeschouwelijke grondslag en communicatiemethode (zie Hoofdstuk 2). Drie van de vijf instellingen hebben een algemene grondslag, één een protestants-christelijke en één een katholieke grondslag. De levensbeschouwelijke grondslag was - en is soms nog - de oorzaak van de landelijke onderwijs- en hulpverleningsfunctie van de dovenscholen. Vier van de vijf scholen hanteren als communicatiemethode 'Totale Communicatie'. Deze heeft kortweg betrekking op alle mogelijke communicatiemethoden, zoals spreken, spraakfzien (liplezen), gebruik van gebaren en vingerspelling (letters aanduiden door middel van standen van de hand). Eén school hanteert de 'orale'

communicatiemethode, waarbij het accent ligt op spreken en spraakafzien. In Hoofdstuk 2 volgt een nadere bespreking van de communicatiemethoden.

Een aantal dove kinderen bezoekt scholen voor slechthorende kinderen. Nederland telde ten tijde van dit onderzoek 34 scholen van dit type onderwijs (zie Bijlage G). Volgens Coninx (1985) zou de omvang van de groep dove kinderen in het slechthorendenonderwijs het aantal kinderen in het dovenonderwijs evenaren. Uit het onderzoek van De Graaf, e.a. (1997) blijkt dat 15% van de dove kinderen slechthorendenscholen bezoekt. Hun schatting komt, met bijtelling van niet-geregistreerde kinderen, daarmee op ongeveer 90 dove kinderen tussen 6 en 12 jaar. De slechthorendenscholen kennen eveneens een verscheidenheid wat betreft de levensbeschouwelijke grondslag (algemeen/openbaar, christelijk, katholiek). De dove kinderen in dit type onderwijs volgen het onderwijsaanbod van de slechthorende kinderen. Men spreekt in deze gevallen in de regel niet van 'dove' kinderen, hoewel sprake is van audiometrische doofheid (kortweg: kinderen met een gehoorverlies groter dan 90 decibel; zie verder Hoofdstuk 2). De communicatiemethode die gebruikt wordt op de scholen voor slechthorende kinderen, en dus ook door de audiometrisch gezien dove kinderen, is veelal de orale methode (zie voor een toelichting op communicatiemethoden Hoofdstuk 2).

De Graaf, e.a. (1997) vonden dat 88% van de dove *en* ernstig slechthorende kinderen van 6 tot 12 jaar, die aan dovenscholen en slechthorendenscholen geregistreerd waren, onderwijs ontvangt van de betreffende school. Ongeveer 10% van deze groep kinderen (ongeveer 88 kinderen) ontvangt ambulante begeleiding van een dovenschool of een slechthorendenschool en zou (zeer waarschijnlijk) onderwijs volgen in het reguliere basisonderwijs. Van ruim 1% van deze groep kinderen is de onderwijssetting onbekend.

Een te onderscheiden groep dove kinderen bezoekt onderwijs- en/of zorginstellingen voor verstandelijk, motorisch en visueel gehandicapten. Deze groep wordt wel aangeduid als meervoudig gehandicapte dove kinderen. De plaats waar de meervoudig gehandicapte dove kinderen worden opgevangen, wordt over algemeen bepaald door de primaire problematiek. Door de doveninstituten wordt voorzien in een groot deel van deze zorg. De betreffende kinderen zijn daar ook geregistreerd en ze zijn dus ook in de prevalentiecijfers van De Graaf, e.a. (1997) inbegrepen. Verder wordt een groep verstandelijk gehandicapte kinderen en jeugdigen met een auditieve stoornis apart opgevangen in en/of ambulant begeleid door de "Weerklank" te Amsterdam (omvang ongeveer 50 kinderen; zie De Graaf, e.a., 1997). De groep meervoudig gehandicapte dove kinderen is buiten dit onderzoek gelaten. Een uitvoeriger bespreking van deze groep doven valt derhalve buiten het bestek van dit onderzoek. Bij de bespreking van de dovenpopulatie en de onderzoeksgroep wordt nog op de groep meervoudig gehandicapte doven teruggekomen (zie Hoofdstuk 5).

1.2.4 Hulpverlening voor doven binnen doveninstellingen

Dove kinderen en hun ouders verkeren in een "speciale situatie die speciale aandacht behoeft" (Beck & De Jong, 1989). Er is sprake van een 'communicatienood': er is geen betrouwbaar communicatiesysteem voorhanden om "ervaringen, gevoelens, meningen, gedachten, en verlangens te uiten en te begrijpen, en de wereld en de gebeurtenissen daarin te ordenen" (Van der Lem, 1983). Een vroegtijdige begeleiding c.q. hulpverlening van buitenaf is daarom noodzakelijk, mede gelet op de preventie van problemen voor de geestelijke gezondheid (Backenroth, 1987). De begeleiding start veelal op een Audiologisch Centrum, waar de definitieve diagnose wordt gesteld. Vervolgens start de gezinsbegeleiding (voorheen ook wel hometraining of voorzorg genaamd). Deze wordt georganiseerd vanuit het Audiologisch Centrum of vanuit een van de vijf doveninstituten. Meestal zal het laatste het geval zijn in verband met de zeer gespecialiseerde en arbeidsintensieve begeleiding die een Audiologisch Centrum vaak niet kan bieden (zie De Graaf, e.a., 1997).

Drie van de vijf instellingen voor doven (zie 1.2.3) en drie instellingen voor slechthorende kinderen (zie Bijlage G) hebben, naast een onderwijsaanbod, een door de AWBZ gefinancierd hulpverleningsaanbod (zie Essenburg & Steenbergen, 1988). De school voor doven kan als een belangrijk leefsysteem gezien worden waar emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove kinderen naar voren kunnen komen. Leerkrachten en andere begeleiders dienen hierop volgens Rainer (1992) attent te zijn. Zowel preventieve maatregelen als verwijzing naar een vorm van hulpverlening kunnen, zeker in een gecombineerde onderwijs-zorgsetting, snel gerealiseerd worden (zie Greenberg & Kusché, 1993; Sarti, 1993). Het hulpverleningsaanbod binnen de doveninstellingen omvat diverse vormen van hulp, uiteenlopend van ambulante begeleiding van het kind (speltherapie, sociale competentietraining) en/of het gezin (ouderbegeleiding) tot vormen van (semi-) residentiële behandeling (buitenschoolse opvang, dagbehandeling, leefgroepen) en psychiatrische hulp.

1.2.5 Instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg voor doven

Instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg voor doven bestaan nog pas kort. De eerste klinieken voor volwassenen werden in Amerika in 1955 geopend (Rainer, 1992) en in Engeland in 1968 (Denmark & Warren, 1972). Voor dove kinderen zijn de mogelijkheden voor geestelijke gezondheidszorg van nog recenter datum. Tot voor kort was slechts één centrum in Parijs bekend (Vacola, 1987).

In Nederland heeft zich een aantal belangrijke nieuwe ontwikkelingen in de hulpverlening voor doven voorgedaan. Zo ontwikkelt de deskundigheid in de GGZ

zich sterk (zie NVPHD, 1993; Van Weersch, 1995). Het landelijk "Platform Psychisch Hulpverlening aan Doven", opgericht in 1985, stimuleert en coördineert de tweede en derde-lijnszorg. Ten behoeve van de hulpverlening aan dove kinderen en jeugdigen zijn momenteel vijf supraregionale RIAGG-afdelingen ('doveteams') operationeel. En voor de psychiatrische diagnostiek en behandeling van dove kinderen en adolescenten werd in 1985 een polikliniek, en in 1993, een klinische afdeling geopend in het Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie "Curium" te Oegstgeest, de "Vlier" (zie Treffers, 1993; Van Gent, 1996). Verder bestaan sinds 1990 de Woon-Werk-Projecten (WWP) te Alphen aan de Rijn: een landelijke, (semi-)residentiële voorziening voor ernstig gedragsgestoorde dove jongeren, gebaseerd op de Kursushuis-methodiek (Slot, 1989; Slot, Jagers & Dik, 1990; Baack & Zandberg, 1993). Voor de behandeling van dove adolescenten en dove volwassenen met psychische problematiek zijn er landelijk werkende hulpdiensten. De "Robert Fleury" Stichting te Leidschendam kent een poliklinische en een intramurale afdeling voor volwassen doven ("VIA").

Voorts wordt steeds meer aandacht geschonken aan de mogelijkheden van psychotherapie voor dove kinderen en adolescenten. Het betreft hier individuele, groeps- en gezinstherapieën van diverse stromingen (Swink, 1979; Harvey, 1989; Spronk, 1989). Bekend zijn de individuele therapie op psychodynamische basis (Abrams, 1991; Conte, 1992) en de non-verbale psychotherapie (Zalewska, 1992). Groepstherapie wordt vooral geschikt geacht voor dove adolescenten (Feinstein, 1983).

Bovenstaande ontwikkelingen zijn positief voor de specifieke hulpverlening aan doven, omdat aan de inbedding van de zorg voor doven in de reguliere hulpverlening tal van nadelen kleven. Het is bijvoorbeeld bekend dat opname van doven in de reguliere psychiatrie voor horenden problemen geeft (McCune, 1988). Voor een bespreking van mogelijke problemen voor de hulpverlening in de GGZ aan doven, wordt verwezen naar de literatuur (zie Elliott, Glass & Evans, 1987; Beck & De Jong, 1990; Hindley, Hill & Bond, 1993).

1.2.6 Instituut voor Doven Effatha

Het Instituut voor Doven "Effatha", opgericht in 1888, had ten tijde van de start van dit onderzoek in 1994 als haar algemene doelstelling "(...) een multifunctioneel zorgcentrum op basis van een herkenbare levensbeschouwelijke en pedagogische identiteit met een volwaardig zorg- en onderwijspakket dat communicatief gehandicapten van 0 tot 25+ jaar in staat stelt om als individu zo zelfstandig mogelijk in de maatschappij te kunnen functioneren" (Effatha, 1994). Het instituut heeft een protestants-christelijke identiteit. Per 1 oktober 1994, de peildatum voor dit onderzoek, telde Effatha 345 leerlingen van 3 tot 20 jaar. Vanaf

ongeveer 1980 is de Totale Communicatie als onderwijs- en opvoedingsmethode ingevoerd. Dit betekent dat naast spraakverstaan en spreken, ook andere communicatiemiddelen gebruikt worden in het onderwijs aan, en de zorgvormen voor de dove kinderen en jongeren. Momenteel worden wegen ingeslagen richting bilingualisme (zie De Vries, 1993), waarbij naast het gebruik van gebaren (als de moedertaal van doven beschouwd) het vak Nederlands wordt gedoceerd.

Het instituut kent binnen haar onderwijspakket de eerder genoemde onderscheiding van SO/VSO en SO-MG/VSO-MG afdelingen¹ (zie 1.2.3). In de loop der tijd zijn, naast het (semi-)residentiële hulpaanbod (de leefgroep), diverse (ambulante) hulpverleningsfuncties ontwikkeld voor dove kinderen (zie Essenburg & Steenberg, 1988). Door dit hulpaanbod worden zonodig kinderen snel doorverwezen binnen het doveninstituut. Verder zijn er preventieprogramma's, gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling van dove kinderen (zie Greenberg & Kusché, 1993). De groep kinderen die vanwege een te grote reisafstand tussen school en thuis (afstandsindicatie) in de (semi-) residentiële setting is opgenomen, wordt in de loop der tijd steeds kleiner. Daarentegen worden kinderen nu steeds meer opgenomen vanwege een pedagogische of sociale indicatie. Deze indicaties kunnen gedragsproblemen, sociaal isolement of een problematische opvoedingssituatie zijn of een vermoeden daarvan. De genoemde verschuiving in de indicatiestelling is voor een deel arbitrair; de verbeterde diagnostiek maakt het steeds beter mogelijk een juiste indicatie te stellen.

1.3 Onderzoekskader: epidemiologisch onderzoek

Het onderzoekskader van dit onderzoek is allereerst bepaald door het onderzoeksveld, namelijk de (onderwijs)voorzieningen voor doven, in het bijzonder het Instituut voor Doven Effatha en de diverse slechthorendenscholen (zie 1.2.3). In de tweede plaats wordt het onderzoekskader gevormd door het type onderzoek, te weten een vorm van epidemiologisch onderzoek. Om deze reden wordt hieronder eerst kort ingegaan op epidemiologisch onderzoek.

Epidemiologie is te typeren als de leer van de verspreiding van ziekte of fysiologische conditie in populaties van mensen en van de factoren die deze verspreiding beïnvloeden (zie Lilienfeld, 1976; Rutter, 1989). Als de twee belangrijkste doelstellingen van epidemiologisch onderzoek worden wel genoemd (1) inzicht in etiologische factoren ('waarom'-vraag) en (2) planning en evaluatie van gezondheidsvoorzieningen ('wat'-vraag) (Sturmans, 1984; Verhulst, 1985). Als derde doelstelling, afgeleid van de andere twee, wordt wel genoemd (3) het onderzoek naar de klinische aspecten van een ziekte of stoornis (zie Cooper &

¹ Inmiddels is de organisatiestructuur van Effatha gewijzigd.

Morgan, 1973; Fletcher, Fletcher & Wagner, 1988). De onderzochte eenheid van epidemiologisch onderzoek is de 'geïdentificeerde casus'. Dat is degene die binnen de onderzochte populatie de stoornis heeft.

Twee epidemiologische begrippen zijn in dit kader van belang, namelijk 'prevalentie' en 'incidentie'. Prevalentie is de proportie personen in een populatie, dat op een bepaald moment of in een bepaalde periode een ziekte of aandoening heeft. Incidentie is het aantal nieuwe aangedane personen dat in een omschreven periode wordt geïdentificeerd. Verhulst (1984) ziet als doel van kinderpsychiatrische epidemiologie "het bevorderen van de psychische gezondheid van jeugdigen in onze gemeenschap". De volgende deeldoelstellingen zijn door Verhulst (1984) geformuleerd:

1. Het vaststellen van het voorkomen en van de ontwikkeling en duur van psychische stoornissen in een bepaalde bevolking jeugdigen;
2. Het vaststellen van invloeden van demografische variabelen zoals geslacht, leeftijd en etnische afkomst op het voorkomen van psychische stoornissen;
3. Het onderzoeken of bepaalde stoornissen in de loop der tijd in frequentie toenemen of afnemen;
4. Het bestuderen van het natuurlijke beloop van psychische stoornissen en van de factoren die hierop een gunstige en ongunstige invloed hebben;
5. Het bestuderen van causale processen;
6. Het vaststellen van de behoefte aan hulp voor psychische stoornissen;
7. Het toetsen van het functioneren van hulpverleningsvoorzieningen voor jeugdigen;
8. De preventie van psychische stoornissen;
9. Het verschaffen van standaardgegevens voor andere onderzoeken;
10. Het ontwikkelen van nieuwe hypothesen voor verder onderzoek.

Veerman (1990) onderscheidt, gebaseerd op de hiervoor genoemde drie hoofddoelstellingen, drie typen epidemiologisch onderzoek. In de analytische epidemiologie richt men zich voornamelijk op de etiologie van problemen. In deze, op theorievorming gerichte epidemiologie, wordt de aandacht gelegd op zowel risico- als protectieve factoren (zie Rutter, 1979). Zo kan verwacht worden dat kinderen van ouders met problemen vaker zelf ook problemen zullen vertonen. In die gevallen, waarin dit niet het geval is, is wellicht sprake van protectieve factoren. Operationele epidemiologie is bedoeld om planning en gebruik van voorzieningen te sturen. Onderzoeksresultaten zouden nieuwe typen van hulpverlening kunnen initiëren en/of bestaande bijstellen. Verhulst (1985) en Van Engeland (1986) stellen in dit kader vast dat nog te weinig kinderen, gezien de ernst en de aard van hun problematiek, daadwerkelijk psychiatrische hulp ontvangen. Evaluatie van het functioneren van (categorieën) voorzieningen houdt zich onder meer bezig met effectiviteit (effect van behandeling) en efficiëntie (kostprijs van behandeling). Klinische epidemiologie tenslotte, richt zich op klinische populaties, anders

gezegd, op personen met al reeds geïdentificeerde problemen. Dat kunnen personen zijn met een inhoudelijk omschreven stoornis (bijvoorbeeld autisten), maar ook personen opgenomen in een hulpverleningsinstelling. Interessegebieden zijn de identificatie van de cases en hun sociale condities, het beloop van problemen, het opsporen van prognostische factoren en de vergelijking van de klinische populatie met de algemene bevolking.

Hoe is dit onderzoek te kenschetsen? Wanneer uitgegaan wordt van het standpunt dat dove kinderen a priori 'geïdentificeerde personen met problemen' zijn, namelijk kinderen met een auditieve stoornis, dan zijn doven te kenschetsen als een klinische groep. Derhalve moet gesproken worden van een klinisch-epidemiologisch onderzoek. Eén van de doelen van dit onderzoek is het vaststellen van de prevalentie van emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove kinderen (zie verder Hoofdstuk 4). Daarbij richt dit onderzoek zich in het bijzonder op de volgende facetten van epidemiologisch onderzoek (Verhulst, 1985): 'prevalentie', 'demografische factoren', 'de behoefte aan hulp voor psychische problemen', 'onderzoeksgegevens voor vervolgonderzoek', 'standaardgegevens voor andere onderzoeken' en 'opwerpen van nieuwe hypothesen'. Bij de nadere definiëring van doofheid (zie Hoofdstuk 2) en de presentatie van de onderzoeksgroep (zie Hoofdstuk 5) zal verder ingegaan worden op het klinisch-epidemiologische karakter van dit onderzoek. Dit onderzoek blijft, zoals nog veel epidemiologisch onderzoek, grotendeels in de descriptieve fase van onderzoek (zie Earls, 1989). De descriptieve fase, waarin onder meer informatie wordt verkregen over de prevalentie en incidentie van problemen en mogelijke risicofactoren, wordt als onmisbaar beschouwd, gelet op de stand van zaken in onderzoek bij dovenpopulaties. Aan de vraag uit het veld om concrete aanwijzingen voor de behandelingspraktijk, kan dan ook nog maar ten dele tegemoet gekomen worden.

1.4 Samenvatting

De aanleiding voor dit onderzoek is het gegeven dat in Nederland tot dusverre nauwelijks systematisch onderzoek gedaan is naar de prevalentie van emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove kinderen. Bevindingen op dit gebied zijn voornamelijk gebaseerd op buitenlands onderzoek. Onderzoeksgegevens over aspecten van de opvoedingsomgeving bij dovenpopulaties zijn in het geheel nauwelijks voorhanden. In dit onderzoek wordt op deze vragen een antwoord gezocht.

Om een indruk te krijgen van de omvang van de populatie doven in Nederland zijn eerst de prevalentiecijfers van doofheid besproken. Vanwege verschillen in de gebruikte definities van doofheid, de onderzoeksmethoden en de onderzoeksgroepen bestaan hierover geen eenduidige cijfers. Uitgegaan is van de

benadering dat er per jaarcohort ongeveer 85 dove kinderen zijn. Op basis van dit cijfer telt Nederland ongeveer 1275 dove kinderen in de leeftijd van 4-18 jaar, de leeftijdsrange waarbinnen de kinderen van de onderzoeksgroep van dit onderzoek vallen.

De kennismaking met dove kinderen is gestart bij het veld van onderzoek: de onderwijsvoorzieningen voor dove kinderen. Van oudsher bezochten dove kinderen aparte dovenscholen. Nederland kende in 1994 vijf dovenscholen, die voorheen landelijk, maar tegenwoordig steeds meer regionaal werken. Bovendien zijn er ruim dertig scholen voor slechthorende kinderen waar ook dove kinderen onderwijs volgen. We zagen dat de hulpverlening aan doven grotendeels in de doveninstituten geconcentreerd is. Recent heeft zich een aantal nieuwe ontwikkelingen voltrokken, met name in de geestelijke gezondheidszorg voor dove kinderen en volwassenen. Tenslotte zijn de verschillende vormen van epidemiologisch onderzoek besproken. Dit onderzoek over het actuele emotionele en gedragsmatige functioneren van dove kinderen is gekenschetst als een klinisch-epidemiologisch onderzoek.

Hoofdstuk 2

Doofheid - terminologie en achtergronden

2.1 Inleiding

In Hoofdstuk 2 wordt een aantal achtergronden met betrekking tot doofheid besproken. Er wordt ingegaan op de gehanteerde terminologie, de diagnose van doofheid en de reacties van ouders daarop en oorzaken van doofheid. Ook wordt kort het voorkomen van nevenstoornissen besproken. Verder wordt aandacht geschonken aan mogelijke gevolgen van de doofheid voor de ontwikkeling en opvoeding van kinderen. Achtereenvolgens komen de taalontwikkeling, de communicatiemethoden, de cognitieve ontwikkeling en de sociaal-emotionele ontwikkeling van dove kinderen aan de orde. Onderzoeken naar (de prevalentie van) emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove kinderen, worden in Hoofdstuk 3 besproken.

2.2 Doofheid - terminologie en definiëring

In de literatuur worden verschillende omschrijvingen voor de doelgroep van dit onderzoek naast elkaar gebruikt, zoals dove kinderen, gehorgestoorde kinderen, kinderen met een auditieve stoornis, auditief gehandicapten en recent, communicatief gehandicapten (zie Hoofdstuk 1). Het begrippenkader van de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, 1980) onderscheidt de categorieën stoornis, beperking en handicap. Personen met een gehoorverlies van 90 decibel of meer zijn volgens die indeling doof en daarmee tevens 'gehandicapt'. Schlesinger en Meadow (1972) wijzen er ook op dat doofheid meer is dan een medische diagnose alleen. In de sociologische benadering wordt doofheid gezien als een cultureel fenomeen waarin sociale, linguïstische, emotionele en intellectuele

aspecten met elkaar vervlochten zijn (zie Andersson, 1989; Covington, 1980). Volgens Higgins (1987) is voor doven de identificatie met de dovencultuur meer van belang dan audiometrische doofheid ("hearing deaf"). Doofheid wordt daarom in de dovencultuur ook niet als 'handicap' ervaren (Padden, 1980).

Personen met auditieve problemen hebben op voorhand alleen gemeen dat zij een (gedeeltelijk) functieverlies van auditieve aard hebben. Dit is de reden dat, zoals in de medische benadering van doofheid het geval is, gesproken wordt van 'personen met een gehoorstoornis'. Vanwege het algemeen aanvaard zijn en het gebruik van de termen doofheid en dove kinderen, wordt in dit onderzoek evenwel daaraan de voorkeur gegeven.

2.3 Diagnose en etiologie van doofheid

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen prelinguale doofheid en postlinguale doofheid. Prelinguale doofheid verwijst naar doofheid die rondom de geboorte of voordat sprake is van spraakontwikkeling bij het kind, ontstaan is. Van postlinguale doofheid is sprake als de doofheid nadien ontstaan is (zie Moores, 1978). De praktijk leert dat het niet altijd goed mogelijk is te bepalen op welk moment de doofheid ontstaan is. Over het algemeen wordt voor prelinguale doofheid als leeftijds criterium achttien maanden aangehouden (Van Dijk & Van Eindhoven, 1988), maar ook wel de leeftijd van drie jaar (De Graaf, e.a., 1997) of zelfs van vier jaar (Beck & De Jong, 1990). Behalve prelinguale en postlinguale doofheid worden nog ouderdomsdoofheid (Kapteyn & Olde Kalter, 1993) en lawaaidoofheid (Passchier-Vermeer, 1989; Van de Lisdonk, Van den Bosch, Huygen & Lagro-Janssen, 1990) onderscheiden.

In de literatuur zijn verschillende indelingen voor de bepaling van de ernst van een gehoorstoornis te vinden. Voor dit onderzoek zijn met name de criteria voor 'doofheid' van belang. De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, 1980) spreekt van zeer ernstige slechthorendheid of doofheid wanneer de (inmiddels verouderde) Fletcherindex (=het gemiddelde gehoorverlies bij de spraakfrequenties 500, 1000 en 2000 Hertz, gemeten aan het beste oor en zonder hoorapparaat) de grenswaarde van 90 decibel overschrijdt. In Nederlandstalige literatuur worden verschillende grenswaarde(n) voor de Fletcherindex aangehouden, variërend van 70 decibel (Rodenburg, 1986) tot 90 decibel (Breed & Swaans-Joha, 1986). In Amerikaanse literatuur wordt de grenswaarde voor doofheid door Meadow (1980) op 80 decibel bepaald. Maar Mulholland (1981) stelt dat van doofheid sprake is als de gehoorverliezen bij de spraakfrequenties 500-1000-2000 Hertz ieder afzonderlijk (in plaats van gemiddeld) minstens 90 decibel zijn. In Groot-Brittannië is een persoon 'profound deaf' bij een grenswaarde van meer dan 95 decibel (BSA, 1988), gemeten aan het

beste oor bij alle spraakfrequenties 250-500-1000-2000-4000 Hertz. Hoewel bij het gebruik van een toonaudiogram (zie Forton, 1992) om (de ernst van) doofheid te bepalen kanttelingen zijn te plaatsen (zie Nolan & Tucker, 1981; Breed & Swaans-Joha, 1986; Rodenburg, 1986; Andersson, 1989), wordt in dit onderzoek (deels) aangesloten bij de definitie van doofheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, 1980). Om pragmatische reden is aansluiting gezocht bij bestaand onderzoek. Een inhoudelijke overweging is dat er vanuit gegaan wordt dat middels 'objectieve maatstaven' voor doofheid op verantwoorde wijze dove onderzoekspopulaties samengesteld kunnen worden. *In het vervolg worden die kinderen als doof beschouwd, die een gemiddeld gehoorverlies van minstens 90 decibel hebben bij de spraakfrequenties 500-1000-2000-4000 Hertz. Uitsluitend deze kinderen behoren in dit onderzoek tot de onderzoeksgroep.*

Freeman, Carbin en Boese (1984) onderscheiden drie categorieën van oorzaken voor doofheid: (1) verworven doofheid (ten gevolge van bepaald medicijngebruik, Rhesusantagonisme, rubella, zuurstoftekort tijdens de geboorte, prematuriteit, meningitis), (2) erfelijke of genetische doofheid (congenitale doofheid, postnataal of progressief) en (3) doofheid met onbekende oorzaken. Davis, Wood, Healy, Webb en Rowe (1995) meldden een verschuiving in de etiologie van doofheid; minder doofheid vanwege rubella en meer doofheid vanwege extreme prematuriteit en erfelijkheid. Opvallend is dat in veel onderzoek de oorzaak van doofheid, tot wel in 50% van de gevallen, onbekend is (zie Commission of the European Communities, 1979; Freeman, e.a., 1984; Van Eldik, 1990; De Graaf, e.a., 1997). Veeger (1977) vond bij slechts 12% van de dove kinderen een onbekende oorzaak voor de doofheid.

2.4 Nevenstoornissen

Over het algemeen wordt gesteld dat een groot percentage dove kinderen één of meer nevenstoornissen heeft. Er worden percentages genoemd, variërend van 11% tot zelfs 40% (zie Gentile & McCarthy, 1973; Budden, Robinson, MacLean & Cambon, 1974; Conrad, 1979). Meer recent noemt Newton (1985) een percentage van 19%. Precieze cijfers omtrent nevenstoornissen zijn moeilijk vast te stellen vanwege ontoereikende diagnostische mogelijkheden en niet eenduidige definities van nevenstoornissen (Schein, 1979; Evenhuis, 1996). Ook zijn de aard van de onderzoeksgroep (Budden, e.a., 1974; Conrad, 1979) en de definitie van nevenstoornissen (zie Zigler & Balla, 1981) niet altijd eenduidig. Bekend is dat bijvoorbeeld rubella-kinderen een verhoogde kans op nevenstoornissen hebben (Vernon, Grieve & Shaver, 1980). In de zeventiger jaren is een sterke toename waarneembaar van dove kinderen met nevenstoornissen (zie Kruger, 1982; Tweedie & Shroyer, 1982). Redenen die hiervoor genoemd worden zijn een

verbeterde differentiële diagnostiek en de ontwikkelingen op medisch gebied. Deze dragen er bijvoorbeeld toe bij dat vroeggeboren kinderen met een laag geboortegewicht, die een verhoogde kans op doofheid hebben, in leven blijven (Bellman, 1990; Ens-Dokkum, Schreuder & Veen, 1992).

In de literatuur wordt een veelheid aan nevenstoornissen genoemd, zoals verstandelijke handicaps, motorische stoornissen, visuele handicaps, epilepsie, hartproblemen, emotionele problemen, gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen (zie Vernon, 1982; Wolff & Harkings, 1986). Er wordt door verschillende auteurs (zie Stewart, 1974; 1987) geen onderscheid gemaakt tussen stoornissen, beperkingen en handicaps (zie ook 2.2). *In dit onderzoek worden onder nevenstoornissen die stoornissen verstaan die zijn terug te voeren op een aantoonbaar functieverlies van psychologische, fysiologische of anatomische aard.* Dit betekent dat emotionele problemen, gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen, niet tot nevenstoornissen gerekend worden.

2.5 Implicaties van doofheid voor de ontwikkeling en de opvoeding

Van de Hoven en Speth (1976) stellen dat een doof kind per definitie op een zeer ingrijpende wijze geremd is in zijn ontwikkeling vanwege het onvermogen te horen. Dat het dove kind niet spontaan gaat spreken kan op den duur in de horende maatschappij nadelige gevolgen hebben voor zijn sociale, emotionele en verstandelijke ontwikkeling (Liben, 1978; Schlesinger & Meadow, 1972; Stichting Nederlandse Dovenraad, 1981; Beck & De Jong, 1990). Op een aantal van deze mogelijk nadelige gevolgen voor doven wordt hierna ingegaan.

2.5.1 Taalontwikkeling en communicatie

Ondanks het verschil in de wijze van communicatie tussen dove kinderen van dove ouders en horende kinderen van horende ouders, wijkt de taalontwikkeling in essentie niet af (Preisler, 1983; Bellugi, Klima & Poizner, 1988). Volgens Freeman, e.a. (1984) worden dove kinderen pas ernstig bedreigd in hun ontwikkeling als zij niet beschikken over een duidelijk communicatiesysteem. Algemeen wordt aangenomen dat baby's vanaf hun eerste dagen al 'object-georiënteerd' zijn en mogelijkheden hebben voor wederkerige interacties met hun verzorgers (Stern, 1985). Hoewel ook dove kinderen het aangeboren vermogen hebben een symbolisch communicatiesysteem te verwerven (Litowitz, 1987), is het noodzakelijk dat zij dat aangeboden krijgen. Schaffer (1977) stelt in het algemeen

dat verzorgers het gedrag van baby's zouden moeten opvatten als communicatie. Riksen-Walraven (1989) spreekt in dit verband van de sensitieve responsiviteit van de verzorgers. Hoewel ouders van dove kinderen niet op voorhand minder responsief zijn, zouden zij wel meer problemen hebben met een adequate responsiviteit (zie 2.5.4.2).

Ongeveer 90-95% van de prelinguaal dove kinderen heeft horende ouders (Meadow, 1980; Rodenburg, 1984; De Graaf, e.a., 1997). De ouders weten in de eerste levensmaanden vaak niet dat hun kind doof is. Bovendien verloopt de ontwikkeling van dove en horende kinderen identiek (Altshuler, 1974; Treffers, 1981; Van der Lem, 1986). Pas vanaf het moment van prelinguale vocalisaties is een verschil in ontwikkeling waarneembaar tussen dove en horende kinderen (Stoel-Gammon, 1988). De kans is dus groot dat de vroege contacten tussen ouders en hun dove kind weinig of niets opleveren voor de taalontwikkeling (Henggeler & Cooper, 1983; Mindel & Feldman, 1987). Horende ouders zouden meer communicatieproblemen hebben met hun dove kind, met als gevolg dat er een grotere kans bestaat op emotionele problemen, gedragsproblemen (Altshuler, 1974; Altshuler, 1978) en cognitieve problemen (Rapin, 1986).

2.5.2 Communicatiemethoden

Grofweg zijn twee communicatiemethoden voor doven te onderscheiden, de orale en de manuele methode. Sinds de zeventiende eeuw is de vraag welke taal en welke communicatiemethode aan het dove kind onderwezen dient te worden onderwerp van de 'methodendiscussie' (zie Levine, 1969; Moores, 1978; Lane, 1984). Winefield (1986) merkt overigens op dat in deze methodendiscussie behalve onderwijskundige argumenten, ook persoonlijke ervaringen, levensbeschouwelijke en pedagogische waarden meespelen. De orale methode, met haar oorsprong in Spanje (Lowe, 1981), legt de nadruk op spreekonderwijs, de taal van de horende maatschappij (Stichting Nederlandse Dovenraad, 1981). Achterliggend ideaal is de integratie van het dove kind in de horende wereld (Mulholland, 1981; Ling, 1984; Van Dijk & Van Eindhoven, 1988). De manuele methode, die haar oorsprong vindt in Frankrijk, wordt ook wel aangeduid als de 'Totale Communicatie'-methode of TC-filosofie (TC-methode). De doelstelling van TC is, dat ongeacht de communicatiemiddelen, zo vroeg mogelijk bij het kind communicatie met zichzelf (denken) en met anderen op gang gebracht wordt (Freeman, e.a., 1984). Hoewel aanhangers van deze methode het ideaal hadden het dove kind op te voeden voor zowel de dove als horende wereld, waren zij vooral gericht op de dovencultuur. De verschillende opvattingen tussen de orale en de manuele methode werd in 1880 tijdens het internationale congres over onderwijs aan doven te Milaan (zie Winefield, 1986) in het voordeel van de orale onderwijsmethode beslecht. Vanaf de jaren '60 en '70 is echter nieuwe belangstelling voor de manuele methode c.q. de

TC-methode gekomen. Redenen hiervoor waren dat (1) vanuit linguïstische hoek aangetoond werd dat gebarentaal kenmerken van een 'echte' taal heeft (Stokoe, 1960), wat door aanhangers van de orale methode betwijfeld werd (zie Knoors, 1986; 1989; Schermer, Bos & Harder, 1987); (2) het onderwijs in de orale methode tot cognitieve deprivatie bij dove kinderen zou leiden (Conrad, 1979; Vernon & Koh, 1971) en (3) uit onderzoeken bleek dat doven vaker emotionele problemen en gedragsproblemen vertoonden dan horende leeftijdsgenoten, waarvoor onder meer de vroegkinderlijke (orale) communicatieproblemen tussen ouders en hun dove kind verantwoordelijk gehouden werd (Altshuler, 1974; 1978). Wetenschappelijke bevindingen omtrent de twee communicatiemethoden zijn niet eenduidig. De TC-methode bleek niet gunstiger voor de ontwikkeling van het dove kind dan de orale methode (Quigley & Kretschmer, 1982; Greenberg & Kusché, 1989; Vernon & Andrews, 1990; Geers & Moog, in druk). Ouders bleken ook geen duidelijke voorkeur te hebben voor een communicatiemethode (Meadow-Orlans, 1990a). Sinkkonen (1994) vond geen verschil in communicatievaardigheid tussen kinderen die verschillende communicatiemethoden gebruikten. Inmiddels is een nieuwe communicatiemethode, namelijk de bilinguale methode (Knoors, 1989; Schermer, 1989) in opmars. Hierbij wordt de gebarentaal als de moedertaal van de doven gezien en wordt de Nederlandse gesproken en geschreven taal geleerd als eerste 'vreemde' taal.

2.5.3 Cognitieve ontwikkeling

Algemeen wordt aangenomen dat er verband bestaat tussen de taalontwikkeling en de cognitieve ontwikkeling (zie Vygotsky, 1962; Myklebust, 1964; Furth, 1966; Piaget & Inhelder, 1969). In het kader van dit onderzoek worden alleen een aantal meningen en bevindingen over de cognitieve ontwikkeling van doven weergegeven. Pollard (1993) wijst op de wijd verspreide, maar onjuiste opvatting dat doven 'primitieve', concrete denkers zijn. Conrad (1979) noemt het een manco van dove kinderen niet 'oraal' (door middel van innerlijke taal) te kunnen denken. Freeman, Malkin en Hastings (1975) en Meadow (1980) vonden in hun onderzoeken dat dove kinderen lagere scores haalden op performale intelligentietests dan horende leeftijdsgenoten. Anderen vonden dat de schoolprestaties van dove kinderen van een lager niveau waren dan van horende kinderen (Meadow, 1980; Bess, 1985; Davis, Elfenbein, Schum & Bentler, 1986). Van Uden (1983) kwam tot de conclusie dat taal en denken bij dove kinderen op een lager niveau liggen dan bij horende kinderen. Vernon en Andrews (1990) vonden dat dove kinderen dikwijls doubleren of van type school veranderen als gevolg van (vermeende) leerproblemen. Klinghammer (1978) wijst op de risicofactoren in de pre- en perinatale periode met organische beschadigingen als gevolg, die slechte prestaties op onder andere intelligentietests en schoolprestaties zouden verklaren.

2.5.4 Sociaal-emotionele ontwikkeling

2.5.4.1 Invloed van de diagnose voor kind en gezin

In Nederland bestaat sinds 1965 de mogelijkheid om negen maanden oude baby's op het gehoor te laten testen. Bij de consultatiebureaus voor zuigelingen wordt 85% van alle baby's getest (NSDSK, 1989). Hoewel ouders vaak in de loop van het eerste levensjaar gaan vermoeden dat hun kind iets mankeert, wordt de officiële diagnose vaak pas gesteld wanneer het kind één tot anderhalf jaar is (Schierbeek, 1978; Van Uden, 1983; Freeman, e.a., 1984; Martin, George, O'Neil & Daly, 1987). Vernon en Andrews (1990) voeren als reden aan dat ouders een doktersbezoek mogelijk uitstellen uit vrees voor de diagnose. Bovendien wordt de stoornis soms laat door medici vastgesteld omdat doofheid geen gangbare diagnose is (Schlesinger, 1979; Coplan, 1987). Als de diagnose eenmaal vast staat, kan dit tot gevoelens van rouw leiden bij de ouders (Harris, 1981; Moses, 1985; Meadow-Orlans, 1990b), die overigens bij dove ouders vaak niet optreden (Koester & Meadow-Orlans, 1991). Volgens Stein en Jabaly (1981) is vooral de houding van de moeder van het dove kind belangrijk. Vooral langdurige acceptatieproblemen van de ouders zijn van invloed op het kind (Meadow, 1980; Harris, 1981), veel meer dan de hevigheid van de reacties (Goldberg, Lobb & Kroll, 1975). Watson, Henggeler en Whelan (1990) vonden dat dove kinderen van wie de moeder zelf psychische problematiek had, meer gedragsproblemen vertoonden. Door de doofheid worden de toekomst- verwachtingen en -mogelijkheden van de kinderen minder duidelijk wat een grote frustratie kan betekenen voor de ouders. Stinson (1978) merkt op dat ouders verwachten dat dove kinderen gesproken taal, sociale vaardigheden en een zekere mate van onafhankelijkheid later zullen ontwikkelen dan horende kinderen. Mindel en Feldman (1987) merken op dat begeleiders van dove kinderen ouders voorhouden dat dove kinderen minder ontwikkelingsmogelijkheden hebben, met als gevolg dat ouders lagere eisen gaan stellen aan hun kind.

2.5.4.2 Communicatie tussen kind en ouders

Uit vergelijkend onderzoek tussen zeer jonge horende en dove baby's bleek dat moeders van dove baby's vaak op een onhandige manier aandacht vragen van hun kind. Met als gevolg dat de interacties tussen de moeder en het dove kind met meer problemen vergezeld gaan dan die tussen de moeder en het horende kind (zie Nienhuys & Tikotin, 1985; Koester & Trimm, 1991). Bij dove moeders met dove baby's zou de communicatie gunstiger verlopen (Erting, Prezioso & O'Grady, 1987).

Een negatieve emotionele reactie van de ouders op de doofheid zou al van invloed kunnen zijn op de zeer vroege moeder-kind interacties, zelfs al in de preverbale ontwikkelingsfase van het kind (Meadow-Orlans, 1990b). Schlesinger en Acree (1984) wijzen op een goede onderlinge communicatie tussen ouders en kind als voorwaarde voor een gunstige ontwikkeling van het kind. Daarbij zou een vroege manuele communicatie tussen moeder en kind hun interacties positief beïnvloeden (Moores & Meadow-Orlans, 1990). Meadow (1980) stelt dat ouders van dove kinderen meer gefrustreerd raken als hun kind hen niet begrijpt, dan wanneer zijzelf hun kind niet begrijpen.

2.5.4.3 Omgevingsinvloeden

Omgevingsinvloeden in ruimere zin kunnen indirect of direct dove mensen en ook dove kinderen positief of negatief beïnvloeden. Zo beschrijven verschillende auteurs voorbeelden van paternalistische attitudes van horende mensen tegenover doven (Lane, 1987; Sacks, 1989). In de geschiedenis zijn doven als 'onderontwikkeld' en als niet-menselijk gezien. Zij werden zelfs ter dood gebracht (zie Van Eldik, 1988). Het doel van de hulpverlening aan doven is lang geweest hen 'horend' te maken. Het eigene van dove mensen zou daarmee miskend worden (Vernon & Andrews, 1990). Furnham en Lane (1984) vermelden dat doven zelf een negatievere houding tegenover doofheid hebben dan horende mensen. Reden hiervan is de aanname door doven dat horende mensen negatief over doofheid denken. Blood en Blood (1983) vonden dat horende kinderen een negatieve houding aannamen tegenover hun dove klasgenoten. Cole en Edelmann (1991) rapporteren dat dove kinderen door horende klasgenoten veel geplaagd worden. In beschrijvingen van ouders van dove kinderen (Spradley & Spradley, 1978; Frenay, 1984) en in autobiografieën (Wright, 1969) zijn schrijnende voorbeelden te vinden van onbegrip van de horende samenleving. Strong en Shaver (1991) pleiten ervoor dat er onderlinge contacten tussen doven en horenden tot stand worden gebracht om vooroordelen jegens elkaar uit de wereld te helpen. Beck en De Jong (1990) wijzen onder meer op de wenselijkheid van contacten van het dove kind met de dove/horende buurt, vrienden en clubs en vragen aandacht voor de attitude van de opvoeders.

2.5.4.4 Doofheid en gehechtheid

Steeds meer wordt aangenomen dat de zeer vroege interacties tussen ouders en kind in belangrijke mate de onderlinge gehechtheidsrelatie, de gehechtheidsrelatie met andere personen en het zelfconcept bepalen. Het gedrag van een kind zal hierdoor ook in latere levensfasen beïnvloed worden (Bretherton, 1985; Main, Kaplan &

Cassidy, 1985). In diverse onderzoeken van premature baby's (Crnic, Ragozin, Greenberg, Robinson & Basham, 1983), lichamelijk gehandicapte baby's (Brooks-Gunn & Lewis, 1982), visueel gehandicapte baby's (Rogers & Puchalsky, 1984), kinderen met syndroom van Down (Berger & Cunningham, 1983) en autistische baby's (Rogers, 1986) zijn gedragingen waargenomen die de ouder-kind interactie bemoeilijken waardoor mogelijk een mindere kwaliteit van de gehechtheid kan ontstaan. Mordock (1979) stelt dat veel gehandicapte kinderen gedrag missen dat gehechtheid bewerkstelligt; dove kinderen zijn niet responsief voor spraak waardoor de interactie met de volwassenen stil valt.

Onderzoek naar de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie in de zogenaamde Vreemde Situatie (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971) bracht tussen twee groepen dove peuters van horende ouders, opgevoed met respectievelijk de orale methode en de TC-methode, geen verschillen aan het licht (Greenberg & Marvin, 1979). Lederberg en Mobley (1990) vonden geen verschil in de gehechtheidsrelatie tussen horende en dove baby's van horende moeders. Koester en MacTurk (1991) vonden ook geen verschillen in gehechtheidsrelatie tussen horende en dove baby's (18 maanden) van horende ouders, maar wel in gehechtheidsgedragingen: dove baby's vermeden meer, zochten minder nabijheid en hielden minder contact dan horende baby's. Meadow-Orlans, Greenberg en Erting (1990) vonden geen verschil in gehechtheid tussen dove kinderen en horende kinderen en hun moeders.

2.5.4.5 Zelfconcept en identiteit

Omgevingsfactoren (zie ook: 2.5.4.3) bepalen in grote mate de sociaal-emotionele ontwikkeling van het dove kind. Het is zelfs niet uitgesloten dat er problemen ontstaan voor de relaties en de identificatie vanwege diezelfde omgevingsinvloeden (Chess, Fernandez & Korn, 1980; Sussman & Brever, 1981). Het zelfbeeld, als verzameling verwachtingen omtrent effectiviteit van het eigen gedrag (Bowlby, 1982), wordt reeds gedurende het eerste levensjaar gevormd. De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie speelt daarbij een cruciale rol (zie Sroufe & Fleeson, 1986). Doven zouden over het algemeen een lager zelfbeeld hebben dan horende kinderen. Zij zien zichzelf als minderwaardig in vergelijking met horenden (Cates, 1991). Eerder genoemde problemen inzake responsiviteit spelen hierbij een rol; moeders zouden 'controlerend' zijn in de interacties waardoor het dove kind geremd zou worden (Schlesinger & Meadow, 1972; Henggeler & Cooper, 1983). Ook de eerder genoemde communicatieproblemen tussen ouders en het dove kind zijn hierbij van invloed. Het dove kind kan zich al snel geïsoleerd en mislukt voelen (Rainer, 1976). Omdat het grootste deel van de dove kinderen horende ouders heeft, lijken zij een extra probleem te hebben, namelijk de ontwikkeling van een eigen identiteit. Het dove kind heeft voor de ontwikkeling van het zelfbeeld dove volwassenen nodig om te kunnen kiezen voor de dovencultuur, voor de wereld van de horenden

of voor beide. Volgens Cole en Edelman (1991) nemen dove adolescenten, die zich identificeren met zowel de dovencultuur als de wereld van de horenden, zelf verantwoordelijkheid om problemen op te lossen ('interne locus of control'). De groep die zich rekent tot de dovencultuur neigt problemen aan anderen te wijten ('externe locus of control'). Feinstein en Lytle (1987) stellen dat de kwetsbaarheid van dove jongeren voor identiteitsproblemen herleid moet worden tot verhoogde stress als gevolg van communicatieproblemen, de omgang in het gezin en de aanpassing aan de buitenwereld als minderheid.

2.5.4.6 Persoonlijkheidskenmerken van doven

Aan dove mensen worden uiteenlopende persoonlijkheidskenmerken of karakteristieken toegeschreven. Zo worden genoemd: introvert, verlegen of teruggetrokken, wantrouwend, egocentrisch, neurotisch, agressief, achtergebleven in hun sociale en morele ontwikkeling (Montgomery, 1989); onvolwassen (Myklebust, 1964; Goldberg, e.a., 1975; Meadow & Trybus, 1979); impulsief (Lesser & Easser, 1972; Chess & Fernandez, 1980a); en beschikkend over een gebrek aan empathie (Rainer, Altshuler, Kallmann & Deming, 1969; Bachara, Raphael & Phelan, 1980; Feinstein & Lytle, 1987). Van Uden (1973; 1983) spreekt over het verlatenheidssyndroom (ook wel affectieve verwaarlozing) bij doven. Basilier (1964) introduceerde de term 'surdophrenia' (dovenpersoonlijkheid) als diagnostische categorie. Als hoofdoorzaak voor genoemde karakteristieken werden de problemen in de communicatie met de horende opvoeders genoemd (Lebuffe & Lebuffe, 1979; Meadow, 1980), met als gevolg daarvan een groot gebrek aan (levens)ervaringen (zie Denmark, Adams & Monteiro, 1985; Remvig, 1989). Ook wordt gewezen op neurologische problemen die met doofheid kunnen samengaan (Chess & Fernandez, 1980c). Misiaszek, Dooling, Gieseke, Melman, Misiaszek en Jorgensen (1985) wijzen op strategieën die dove kinderen en adolescenten zouden moeten aanwenden om zich te handhaven en te verdedigen in de horende wereld. Overigens wordt de aanname van een 'typische persoonlijkheid' van doven tegenwoordig verworpen. Evans (1987) wijst er bijvoorbeeld op dat de diagnoses van doven die zich aanmelden bij instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg vergelijkbaar zijn met die van horenden.

2.6 Samenvatting

In Hoofdstuk 2 kwamen diverse aspecten over doofheid aan de orde. Wat betreft de omschrijving van doofheid is op twee punten afgeweken van de terminologie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). In de eerste plaats is doofheid gedefinieerd als het gemiddelde gehoorverlies van 90 decibel of meer voor de

spraakfrequenties, 500-1000-2000-4000 Hertz (in plaats van de inmiddels verouderde Fletcherindex). In de tweede plaats verwijst doofheid in eerste instantie naar een stoornis (in het gehoor), en niet naar de WHO-categorie handicap. Vanwege het algemene gebruik van de term doofheid wordt deze term aangehouden. Kort is ingegaan op de twee benaderingen van doofheid, respectievelijk de medische en de sociologische benadering. Ondanks mogelijke kritiek biedt de eerste zienswijze de meest objectieve maatstaven om dove onderzoekspopulaties samen te stellen. Verder kwamen diverse aspecten rondom de diagnose en etiologie van doofheid aan de orde. Reacties van ouders blijken van grote invloed te zijn op de ontwikkeling van het dove kind. Van de diverse oorzaken van doofheid is de categorie 'oorzaak onbekend' nog steeds het hoogst vertegenwoordigd. Van de dove kinderen heeft 11% tot 40% een of meer nevenstoornissen. De hoge percentages worden deels verklaard door de verbeterde differentiaal diagnostiek en de medische ontwikkelingen. Overigens worden uiteenlopende criteria voor nevenstoornissen gebruikt, waaronder ook emotionele problemen of psychiatrische problematiek. Er is echter de voorkeur aan gegeven deze soorten problematiek niet als nevenstoornissen te beschouwen, maar het gebruik van deze term te beperken tot specifieke functieverliezen (zoals een visusstoornis of verstandelijke handicap).

Doofheid heeft (mogelijke) implicaties voor de ontwikkeling van kinderen. Allereerst blijkt, hoewel de taalontwikkeling niet anders behoeft te verlopen dan bij horende kinderen, voor doven een verhoogd risico op het verwerven van gebrekkige communicatie. Er werd ingegaan op de bemoeilijkte communicatie tussen (horende) opvoeders en het dove kind met mogelijke gevolgen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling. Ouders weten vaak niet dat hun kind doof is en reageren dientengevolge inadequaat op het gedrag van hun dove kind. Dit zou een goede onderlinge communicatie bemoeilijken. Ook ouders zijn lang onzeker geweest (en zijn dit soms nog) over de te gebruiken communicatiemethode. De methodediscussie (de orale methode versus de TC-methode), waarin geen wetenschappelijke argumenten pro of contra zijn, heeft hierbij een belangrijke rol gehad. Van zeer recente datum is de ontwikkeling in de richting van de bilinguale methode. Wat betreft de cognitieve ontwikkeling wordt algemeen aangenomen dat taal en denken bij dove kinderen op een lager niveau liggen dan bij horende kinderen. Dit komt tot uiting in mindere schoolprestaties, meer (vermeende) leerproblemen en lagere scores op intelligentietests. De sociaal-emotionele ontwikkeling van dove kinderen wordt mede beïnvloed door de houding van de ouders; langdurige acceptatieproblemen van de ouders, een moeizame communicatie tussen ouders en kind en persoonlijke problemen van ouders kunnen een negatieve effect hebben op de ontwikkeling van het dove kind. De gehechtheidsrelatie van ouders met dove kinderen blijkt niet of nauwelijks te verschillen van die ouders met horende kinderen.

Doven zouden over het algemeen een lager zelfbeeld hebben dan horende kinderen, onder meer omdat zij gereïmd worden (door inadequaat gedrag van opvoeders) en een gevoel van mislukking ervaren (ten gevolge van de communicatieproblemen tussen ouders en kind). De kwetsbaarheid van dove jongeren voor identiteitsproblemen wordt wel verklaard door de communicatieproblemen, de omgangsproblemen in het gezin en de aanpassing van de doven aan de (horende) buitenwereld. De aanname dat er zoiets bestaat als een 'typische dovenpersoonlijkheid' wordt thans algemeen verworpen.

Hoofdstuk 3

Emotionele problemen en gedragsproblemen in dovenpopulaties - een literatuuroverzicht

3.1 Inleiding

In Hoofdstuk 3 zullen de belangrijkste bevindingen van onderzoeken over emotionele problemen en gedragsproblemen bij doven worden besproken. Overigens wordt in de tekst behalve van emotionele problemen en gedragsproblemen ook gesproken van psychische problemen. Deze begrippen worden als synoniemen gebruikt. Er wordt kort ingegaan op het, intussen gedateerde, onderzoek uit de jaren '70 en '80, en uitvoeriger op recent onderzoek. Bij de bespreking van de onderzoeken ligt de nadruk op de uitkomsten in termen van prevalentie van problemen. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen problemen op algemeen-niveau, syndroom-niveau en symptoom-niveau. Verder worden enkele onderzoeken naar de stabiliteit en continuïteit van problemen besproken. Ook wordt ingegaan op de belangrijkste verbanden van psychische problemen met andere factoren. Vervolgens worden enkele methodologische kanttekeningen bij het tot dusverre onder doven uitgevoerde onderzoek geplaatst. Na een discussie wordt Hoofd 3 met samenvatting afgesloten.

3.2 Globaal overzicht

De onderzoeksliteratuur bij dove groepen is veel minder omvangrijk dan die bij horende groepen. De eerste bevindingen over emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove kinderen en adolescenten stammen uit de jaren '70. De belangrijkste onderzoeken worden hierna besproken.

Naar doelgroep kunnen de meeste onderzoeken ingedeeld worden in één of meer van de volgende typen: (1) algemene bevolkingsonderzoeken; (2) onderzoeken bij

klinische groepen: dove kinderen in speciale instellingen en (3) onderzoeken bij risicogroepen: dove kinderen met specifieke oorzaken van doofheid; het gaat hierbij in het bijzonder om rubella-kinderen (zie Hoofdstuk 2). Tevens is hierbij van belang of er bij de kinderen, behalve de doofheid, sprake is van nog andere, zogenaamde nevenstoornissen (bijvoorbeeld intellectuele of lichamelijke problemen; zie verder Hoofdstuk 2). Een andere indeling is gebaseerd op de schoolachtergrond van de dove kinderen (zie Hoofdstuk 2). Verschillende onderzoeken richtten zich onder meer op de vraag wat de beste schoolsetting (dagscholen, schoolinternaten of geïntegreerd doven- en horendenonderwijs; zie Hoofdstuk 2) en wat de optimale communicatie-achtergrond (oraal versus Totale Communicatie; zie Hoofdstuk 2) voor doven is. In de onderzoeken zijn diverse methoden gebruikt ter bepaling van de prevalentie van problemen. Zo zijn onder meer expert-oordelen, (semi-)gestructureerde interviews en talrijke gedragsvragenlijsten gebruikt. Verder is in de onderzoeken gebruik gemaakt van uiteenlopende informanten, soms van één informant, soms van meerdere informanten, zoals ouders, leerkrachten, psychologen en psychiaters. Hoewel in de verschillende onderzoeken de procedures, op basis waarvan de prevalentie van psychische problemen werd vastgesteld, niet altijd duidelijk zijn omschreven, wijzen de conclusies goeddeels in één richting: dove kinderen vertonen in verhouding tot horende leeftijdsgenoten meer psychische problemen. Over de vraag welke risicofactoren daarbij van invloed zijn, bestaat minder eenduidigheid.

Onderzoek naar stabiliteit en continuïteit van problemen bij dove kinderen is voor zover bekend voor het eerst door Van Eldik (1992; 1993b; 1993c) uitgevoerd (zie 3.3.4). De resultaten van dat onderzoek bleken vergelijkbaar met die van onderzoek bij horende kinderen.

3.3 Literatuurbespreking

3.3.1 Prevalentie van problemen - algemeen niveau

In de literatuur worden wat betreft emotionele problemen en gedragsproblemen van dove kinderen uiteenlopende prevalentiecijfers genoemd, variërend van 5 tot ruim 50%. In het Isle of Wight-onderzoek van Graham en Rutter (1968) en Rutter, Tizard en Whitmore (1970) werd, gebruikmakend van de Parent (A)2-schaal en de Teacher (B)2-schaal (afkappunt 9; Rutter, e.a., 1970), een ouderinterview en een psychiatrisch onderzoek van het kind, bij doven (N=13; 5-15 jaar) wat betreft psychische problemen een prevalentie van 15% vastgesteld; dat was ruim tweemaal zo hoog als in de normale groep (6.6%). Omdat de groep doven erg klein was, was generalisatie naar de dovenpopulatie uitgesloten. Schlesinger en Meadow (1972) vermeldde, onder kinderen van een schoolinternaat (N=512; 4-20 jaar) een

prevalentie van 31.2% (11.6% ernstig en 19.6% matig). In de horende vergelijkingsgroep was de prevalentie 9.7% (2.4% ernstig en 7.3% matig). In hun onderzoek werden bij de dove kinderen psychische problemen vastgesteld middels een subjectieve leerkrachtbeoordeling op basis van een lijst met slechts twaalf probleemgedragingen. De groep kinderen met nevenstoornissen was niet gespecificeerd en er werden geen gegevens verschaft over het geslacht. In het Vancouver-onderzoek van Freeman, e.a. (1975) was bij dove kinderen (N=117; 5-15 jaar; waarvan 23.8% met nevenstoornissen) de prevalentie 22.6% (6.1% ernstig en 16.5% matig). In dat onderzoek was de diagnostische procedure, waarbij verschillende instrumenten werden gebruikt, weinig inzichtelijk. Bovendien werden geen normgegevens vermeld. In de onderzoeken van Fundudis, Kolvin en Garside (1979a) en Fundudis, Kolvin, Van der Spuy, Tweddle en George (1979b) bij dove kinderen (N=33; gemiddelde leeftijd 8;5 jaar), was de prevalentie ((B)2-schaal; Rutter, 1967) 54%; in de groep horende kinderen 18%. In deze onderzoeken worden echter weinig specificaties over de samenstelling van de onderzoeksgroep vermeld, in het bijzonder over de eventuele nevenstoornissen. MacLean en Becker (1979) vonden bij dove adolescenten (N=20; 13-20 jaar), die een 'orale' school bezochten, een prevalentie van 5%. In dat onderzoek is de diagnostische procedure onduidelijk, alsook de definitie van 'psychosociaal functioneren'. Aplin (1985) vond bij dove kinderen (N=61; 7-16 jaar), die een 'orale' dovenschool bezochten, een prevalentie ((B)2-schaal, afkappunt 9; Rutter, 1967) van 35.5% bij jongens en van 36.6% bij meisjes. Bij slechthorende en dove (gehoorverlies 23-102 decibel) kinderen (N=42; 7-16 jaar) die geïntegreerd onderwijs volgden, vond Aplin (1987), op basis van dezelfde B(2)-schaal en de Bristol Social Adjustment Guide (Stott, 1963), een prevalentie van 16.7%. Bij Aplin's conclusie dat slechthorende kinderen in geïntegreerd onderwijs beter functioneren, kan men vraagtekens plaatsen, gezien ervaringen van dove volwassenen en slechthorende kinderen (NDCS, 1990). Watson, e.a. (1990) vonden, op basis van beoordelingen van moeders op de Revised Behavior Problem Checklist (Quay & Peterson, 1987), dat de totaalscore van dove en slechthorende kinderen (N=75; gemiddelde leeftijd 12;7 jaar; 14% nevenstoornissen), waarvan de helft reguliere scholen (met additionele hulp in de klas) en de andere helft aparte klassen (met Totale Communicatie) bezocht, ruim anderhalf keer zo hoog was dan die van niet dove kinderen. Er werden geen prevalentiecijfers van problemen vermeld. Omdat de onderzoeksgroep niet representatief lijkt voor de dovenpopulatie (50% respons; 54% eenoudergezinnen; 60% zwarte gezinnen; sociaal-economische achtergrond laag-gemiddeld), zijn de resultaten lastig te interpreteren.

In een aantal onderzoeken zijn dove kinderen met specifieke oorzaken van doofheid onderzocht. Vernon (1969) onderzocht gehoorgestoorde kinderen die een schoolinternaat bezochten of begeleiding van daaruit kregen. Bij de kinderen met erfelijkheid, Rhesusantagonisme, prematuriteit, meningitis of rubella als oorzaak van de doofheid, was de prevalentie van ernstige emotionele problemen 21% (als

de leerkracht informant was) en 22.5% (als de psycholoog informant was); de kinderen die doof waren vanwege rubella en prematuriteit hadden de meeste problemen. De indruk bestaat dat de onderzochte groep wat betreft de oorzaken van doofheid niet representatief is. Zo waren de premature en rubella kinderen sterk oververtegenwoordigd en kinderen met een andere of onbekende oorzaak van de doofheid uitgesloten. Overigens was de samenstelling van de groepen kinderen die door de leerkrachten (N=358) en de psycholoog (N=413) waren beoordeeld, niet identiek. In een recenter onderzoek vond Vernon (1982) onder gehoorgestoorde kinderen, waarvan de gehoorverliezen evenwel niet genoemd worden, een prevalentie van psychische problemen van 16.6%. De groep kinderen met nevenstoornissen bleek vaker psychische problemen te vertonen dan de groep zonder nevenstoornissen. Bovendien werd opnieuw vastgesteld dat bij dove kinderen veel vaker nevenstoornissen voorkomen dan in de algemene populatie. Chess, Korn en Fernandez (1971) vonden onder dove kleuters (N=47), van wie de moeder tijdens de zwangerschap met rubella was besmet, een prevalentie van psychische problemen van 30% tegen 20% bij rubella-kinderen zonder nevenstoornissen. Van de gehoorgestoorde kinderen die 'psychische problemen' vertoonden, hadden de meeste nevenstoornissen. In het follow-up onderzoek van Chess (1975) onder deze rubella-kinderen (8-9 jaar; waarvan 13% geen, 30% één, 33% twee en 23% drie nevenstoornissen had) bleek onder dove kinderen (N=30) de prevalentie van problemen 70% en bij de horende rubella-kinderen 33%. Aan Chess' conclusie, dat psychische problemen niet zozeer aan doofheid toe te schrijven zijn, maar veeleer aan nevenstoornissen, moet de restrictie verbonden worden dat het hier een specifieke groep doven betreft, namelijk rubella-kinderen. De uitkomsten generaliseren naar de dovenpopulatie is daarmee niet verdedigbaar.

Van meer recente datum zijn de onderzoeken die hierna besproken worden. Het Nederlandse onderzoek van Van Eldik (1990; 1994a) betrof 41 dove jongens van 6-11 (gemiddeld 8;10) jaar. Deze jongens bezochten het dovenonderwijs (type SO; voornamelijk TC-methode: zie Hoofdstuk 1) en waren in het jaar voorafgaand aan het onderzoek niet doorverwezen voor enige vorm van hulp. Het gehoorverlies bedroeg (behoudens drie gevallen) meer dan 90 decibel. De etnische afkomst was 83% Nederlands en 17% Surinaams of Nederlands-Antilliaans. Ter bepaling van problemen werd gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) (zie verder Hoofdstuk 4), die door moeders (75.6%), vaders (7.3%) of moeders en vaders gezamenlijk (17.1%) tijdens een thuisinterview waren ingevuld. De gemiddelde Totale Probleemscore was bij de dove jongens significant hoger dan in de normale groep (28 versus 23 punten). De prevalentie van psychische problemen, gebaseerd op de 90e percentielscore van Totale Problemen, met 12% onder dove jongens tegen 10% in de populatie horende kinderen verschilde niet significant. Beide groepen, de dove en de horende kinderen, waren het laatste jaar voorafgaand aan de onderzoeken niet verwezen geweest naar een (GGZ-)instelling. Het prevalentiecijfer voor de dove jongens is waarschijnlijk gedrukt vanwege de homogene samenstelling; alle jongens hadden

een SO-(en niet een SO-MG; zie Hoofdstuk 1) onderwijsachtergrond en waren niet recent met enige vorm van hulpverlening in aanraking geweest. Het prevalentiecijfer kwam inderdaad hoger uit (18%) indien nog eens drie dove jongens die wel doorverwezen waren naar een (GGZ-) instelling of waarvan ouders dit overwogen te doen, in de onderzoeksgroep betrokken werden. Op basis van (de overweging van de ouders tot) een doorverwijzing kon aangenomen worden dat deze kinderen aanzienlijke en ernstige problemen vertoonden (zie Verhulst, 1985). Bovendien waren geen meisjes in het onderzoek opgenomen, zodat over deze groep geen uitspraken gedaan konden worden.

In een Brits onderzoek onderzocht Hindley (1993) (zie ook Hindley, Hill, McGuigan & Kitson, 1994) dove en slechthorende kinderen (11-16 jaar). Van de 81 kinderen bezochten 46 kinderen (met gehoorverliezen van meer dan 71 decibel) een dovenschool (met TC-methode) en 35 kinderen (met gehoorverliezen van 40-70 tot 96+ decibel) volgden onderwijs binnen aparte eenheden van drie reguliere scholen (met orale communicatie). De etnische afkomst van de ouders was uiteenlopend (Britse Eilanden, Black British, Midden-Oosten, India, Afrika en Europa). Met behulp van de, voor dove ontwikkelde vragenlijsten, Parent's Checklist (PCL) en de Teacher's Checklist (TCL) (zie Hindley, 1993; Hindley, e.a., 1994), werd de aan- en afwezigheid van problemen (respectievelijk screen positief: een score van 15 voor de PCL en de TCL, en screen-negatief kinderen) vastgesteld. Daarna werden psychiatrische interviews met dove kinderen (Child Assessment Schedule; Hodges, 1987) en hun ouders (Parent's Child Assessment Schedule; Hodges, 1987) gehouden. Vervolgens werd een 'gewogen' prevalentie berekend: minimaal 43% en maximaal 50.3% (kinderen van de dovenschool: 33%-42.4%; kinderen van de aparte eenheden: 57%-60.9%). Hindley zelf suggereert dat de prevalentie bijna anderhalf maal hoger is dan in een vergelijkbare horende populatie. Hij verwijst evenwel naar onderzoeksgegevens van ruim 10-20 jaar geleden (zie Rutter, Cox, Tupling, Berger & Yule, 1975; Offord, e.a., 1987), waarin geheel andere onderzoeksinstrumenten gebruikt zijn. De relatief hoge prevalentiecijfers moeten wellicht verklaard worden door een combinatie van het meetten van lichte problemen en het stellen van afzonderlijke diagnoses voor het kindinterview en het ouderinterview (zie ook Vostanis, Hayes, Du Feu & Warren, in druk). Overigens was de random steekproef van de screen negatief-kinderen van de dovenschool voor wie diagnostiek heeft plaatsgevonden zeer gering. Een belangrijke uitkomst van het onderzoek van Hindley is dat een interview met dove kinderen zelf problematisch is vanwege (mogelijke) onderlinge communicatieproblemen.

In het Finse onderzoek van Sinkkonen (1994) werden 379 ernstig gehorgestoorde en dove kinderen (6-16 jaar; 22.4% nevenstoornissen), die speciale scholen voor gehorgestoorde bezochten, onderzocht en vergeleken met 234 horende kinderen afkomstig van verschillende scholen. De prevalentie van gedragsproblemen (bewerkte versie B(2)-schaal, afkappunt 9; Rutter, 1967), bleek bij de dove

kinderen 18.7% (respectievelijk 27.9%, 18.6%, 17.3% en 5.0% bij jongens 6-12 jaar, jongens 13-16 jaar, meisjes 6-12 jaar en meisjes 13-16 jaar) en 15.8% in de horende vergelijkingsgroep (respectievelijk 20.3%, 21.4%, 16.7% en 5.3% voor de vier genoemde subgroepen; berekend op basis van de gegevens van Sinkkonen). Het is opmerkelijk dat Sinkkonen geen verschillen vond in prevalentie van problemen bij de dove en de horende kinderen. Sinkkonen zelf geeft, behalve de mogelijke invloed van de perceptie van de leerkrachten op de leerlingen (leerkrachten die gebarentaal gebruiken zouden dove kinderen positiever beoordelen), geen verklaring. Niet alleen bij de relatief lage prevalentie van problemen onder doven, maar ook bij de relatief hoge prevalentie van problemen in de vergelijkingsgroep kunnen vraagtekens gezet worden. De uitkomsten van de vergelijkingsgroep van Sinkkonen, wijken af van de eerder genoemde, op vergelijkbare wijze verkregen, uitkomsten van Graham en Rutter (1968) en Rutter, e.a. (1970); de laatsten vonden een veel kleiner percentage problemen in de normale groep (zie boven). Overigens worden over de vergelijkingsgroep van Sinkkonen weinig achtergrondgegevens verstrekt.

3.3.2 Prevalentie van problemen - syndromen

Externaliserende problemen

Onder deze categorie problemen worden voornamelijk (antisociale) gedragsstoornissen en aandachtstekortstoornissen besproken. Diverse auteurs melden dat dove kinderen aanmerkelijk meer (antisociale) gedragsstoornissen vertonen dan horende kinderen (Reivich & Rothrock, 1972; Freeman, e.a., 1975; Fundudis, e.a., 1979a; 1979b). Daarentegen rapporteren Fundudis, e.a. (1979a; 1979b), op basis van ouderbeoordelingen op de Behavior Scale (Kolvin, Wolff & Barber, 1975) dat dove kinderen minder gedragsproblemen hebben dan horende kinderen. Prior, Glazner, Sanson en Debelle (1988) vonden geen verschil tussen gehoorgestoorde kinderen (2-5 jaar) en horende kinderen (Preschool Behavior Questionnaire; Behar & Stringfield, 1974). Ook Sinkkonen (1994) vond wat betreft antisociale stoornissen geen statistisch significant verschil tussen dove jongens (20%) en meisjes (10%) en horende kinderen (16% en 7%); alleen de score van de Antisociaal-schaal voor dove jongens van 6-12 jaar was significant hoger dan voor horende leeftijdsgenoten. In het onderzoek van Van Eldik (1990; 1994a) bleek, hoewel geen significant verschil, de prevalentie voor de groep Externaliseren van de CBCL (Achenbach, 1991) op basis van ouderbeoordelingen anderhalf keer hoger dan in de normale groep (22% versus 14%). In het onderzoek van Kelly, Kelly, Jones, Moulton, Verhulst en Bell (1993) naar aandachtstekortstoornissen hadden dove kinderen (N=238; 4-21 jaar) lagere scores op de Impulsive-Hyperactive factor en de Hyperactivity index van Conners' Parent Rating Scale (Goyette, Conners & Ulrich, 1978). Van Eldik (1990; 1994a) vond geen verschil in prevalentie en scores voor de Hyperactiviteit-schaal (CBCL) tussen dove jongens

en horende kinderen. Op de specifieke syndromen (pre-1991 versie; zie Hoofdstuk 4) behorend tot de groep Externaliseren, Agressie en Delinquentie, bleken ook geen verschillen tussen de dove en niet dove kinderen.

Internaliserende problemen

Deze categorie problemen wordt ook wel aangeduid als neurotische stoornissen of emotionele stoornissen, waar angststoornissen en depressieve stoornissen deel van uitmaken. In de onderzoeken van Fundudis, e.a. (1979a; 1979b) bleek dat dove kinderen niet meer neurotisch gedrag ((B)2-schaal; Rutter, 1967) vertoonden dan horende kinderen. Ook recent vond Sinkkonen (1994) dat de Neuroticisme-score (bewerkte versie B(2)-schaal; Rutter, 1967) van de doven niet afweek van die van de horende groep (jongens respectievelijk 4% versus 2% en meisjes 0% versus 4%). In het onderzoek van Van Eldik (1990; 1994a) bleek de Internaliseren-score bij dove kinderen significant hoger dan bij de normale populatie. Er was geen verschil in prevalentie van Internaliserende problematiek (CBCL; Achenbach, 1991), tussen de dove (15%) en de normale (12%) populatie.

In het onderzoek van Prior, e.a. (1988) vonden leerkrachten gehoorgestoorde kinderen (2-5 jaar) wel angstiger (Preschool Behaviour Questionnaire; Behar & Stringfield, 1974) dan horende kinderen. In dat onderzoek werden echter geen gegevens omtrent gehoorverliezen vermeld. Leigh, Robins en Welkowitz (1990) vonden onder dove studenten (N=102; leeftijd < 25 jaar; geen nevenstoornissen) een prevalentie van milde depressie van 43%, matige depressie 8% en ernstige depressie 0% (Beck Depression Inventory; Beck, 1967). Gegevens van een horende vergelijkingsgroep ontbreken. Abelfotouh en Telmesani (1993) vonden onder Arabische kinderen (N=108; gemiddelde leeftijd 13 jaar) met de door hen ontwikkelde Arabische versie van de Children Depression Inventory (zie Kovacs, 1981; Lostello & Angold, 1988) een prevalentie van depressie van 6.5%, vergelijkbaar met horende adolescenten (2-8%) en pre-adolescenten (0.5-2.5%) (zie Harrington, 1994). Ook Van Eldik (1990; 1994a) vond met de Depressie-schaal van de CBCL geen verschil in prevalentie tussen dove (0%) en horende (2%) kinderen. De prevalentiecijfers van de overige specifieke syndromen (pre-1991 versie; zie Hoofdstuk 4) van het type Internaliseren, Niet-communicatief (7%) en Somatische Klachten (2%) weken niet af van de normale populatie. De Internaliseren-score bleek voor de dove kinderen wel significant hoger dan die van de normale populatie.

3.3.3 Prevalentie van problemen - symptomen

Chess en Fernandez (1980a; 1980b) vonden in hun onderzoek bij rubella kinderen bij 25% van de dove kinderen zonder nevenstoornis, bij 68% van de dove kinderen met een nevenstoornis(sen) en bij 6% van de horende kinderen één of meer van de

symptomen rigiditeit, achterdocht, impulsiviteit en hyperactiviteit. Alleen impulsiviteit kwam significant vaker voor bij dove kinderen zonder nevenstoornissen (20%) dan in de normale groep (3%). Bij de gehoorgestoorde kinderen met nevenstoornissen was vaker sprake van impulsiviteit, hyperactiviteit en rigiditeit dan bij de horende kinderen en bij de dove kinderen zonder nevenstoornis (Chess & Fernandez, 1980a; 1980b). Achterdocht kwam bij doven niet vaker voor dan bij horenden.

3.3.4 Stabiliteit en continuïteit

In follow-up onderzoeken van Van Eldik (1992; 1993b; 1993c) onder dove jongens (7-13 jaar en 9-15 jaar, na een intervalperiode van respectievelijk twee en vier jaar) bleek dat de correlaties voor Totale Probleemscores en de overige syndroomscores op de CBCL na een periode van twee en vier jaar, volgens Cohen's (1988) criteria, matig tot hoog waren (op enkele uitzonderingen na correlaties ≥ 0.30). De gemiddelde scores voor de probleemschalen waren na twee en na vier jaar niet noemenswaardig gewijzigd. De continuïteit van problemen, op basis van een Totale Probleemscore in de klinische range, bleek na vier jaar nog 25%. Voor Internaliseren was de continuïteit 0% en voor Externaliseren 50%. Een aantal probleemitems bleek na zowel twee jaar als ook na vier jaar duidelijk persistent ($> 70\%$): 3.Spreekt veel tegen of maakt veel ruzie, 7.Opscheppen, stoer doen, 13.In de war of wazig denken, 41.Impulsief of handelt zonder na te denken, 49.Obstipatie, houdt ontlasting op, last van verstopping, 76. Slaapt minder dan de meeste leeftijdsgenoten en 111. Teruggetrokken, komt niet tot contact met anderen.

De uitkomsten van beide follow-up onderzoeken kwamen in grote lijnen overeen met die van de 2- en 4-jarige normale follow-up populaties (zie Verhulst & Althaus, 1988; Koot & Verhulst, 1990).

3.3.5 Factoren die samenhangen met problemen

Voor diverse factoren is de samenhang met psychische problemen onderzocht. In het overzicht van tabel 3.1 zijn doofheid-specifieke, kind- en gezinsvariabelen onderscheiden. Allereerst iets over de doofheid-specifieke variabelen. In dit verband is erop gewezen dat 'de dovenpopulatie' niet bestaat, aangezien die kenmerken, in het bijzonder gehoorverlies, nevenstoornissen, oorzaken van doofheid, communicatie en schooltype, per individu sterk kunnen variëren (zie Liben, 1978; Meadow, 1978; Meadow-Orlans, 1990a). Voor gehoorverlies bleek, hoewel de gebruikte criteria verschilden of exacte informatie erover ontbrak, (Hindley, 1993; Hindley, e.a., 1994; Sinkkonen, 1994), in verreweg de meeste

onderzoeken geen samenhang met problemen. Nevenstoornissen komen naar verhouding bij dove kinderen veel voor (Gentile & McCarthy, 1973). Omdat algemeen wordt verondersteld dat dove kinderen met nevenstoornissen meer psychische problemen vertonen (zie ook Zwirecki, Stansberry, Porter & Haynes, 1976; Klinghammer, 1978), is het moeilijk de onderzoeken die daarover geen duidelijke informatie geven (Rutter, e.a., 1970; Schlesinger & Meadow, 1972; Fundudis, e.a., 1979a; 1979b; Hindley, 1993) te interpreteren. In diverse onderzoeken werd de samenhang bevestigd (zie Williams, 1970; Chess, e.a., 1971; Chess, 1975; Jensema & Trybus, 1975; Sinkkonen, 1994).

Van de verschillende oorzaken van doofheid wordt in het bijzonder aan rubella en prematuriteit een grote invloed op het emotionele en gedragsmatige functioneren van dove kinderen toegeschreven. Over communicatie, bedoeld wordt op het onderlinge begrip tussen ouders en kind, stelden Hindley, e.a. (1994) vast dat deze factor in relatie met problemen mogelijk niet is onderzocht vanwege problemen in definiëring en operationalisering. In de onderzoeken van Freeman, e.a. (1975) en van Leigh, e.a. (1990), naar de invloed van de communicatiemethoden (orale versus Totale Communicatie; zie Hoofdstuk 2) liepen de uitkomsten omtrent de problemen uiteen. Dit was ook het geval voor de relatie van communicatieve competentie met problemen. Van Eldik (1990; 1994a) vond geen verband tussen (de leerkrachtbeoordeling van) de communicatieve competentie van het kind (hoog versus laag; aangepaste Nederlandse versie van de vragenlijst van Schlesinger & Meadow, 1972) en problemen. Anderen vonden daarentegen een samenhang tussen communicatie en Hyperactiviteit (Sinkkonen, 1994; leerkrachtbeoordeling van de communicatieve competentie) en depressie (Leigh, e.a., 1990: communicatie tussen moeder en dove adolescent).

Watson, e.a. (1990) onderzochten weer een ander facet van communicatie, namelijk het contextueel gebruik van communicatiemodi. Zij vonden daarvoor geen verband met problemen. De onderwijsachtergrond van de dove kinderen kan nogal variëren. Kinderen van schoolinternaten zouden verhoudingsgewijs meer problemen vertonen dan kinderen van openbare scholen (Meadow, 1972; 1981), in tegenstelling tot bevindingen van Farrugia en Austin (1980). Aplin (1985; 1987) vond dat dove kinderen in geïntegreerd onderwijs beter af zijn dan kinderen op aparte dovenscholen, wat door andere auteurs in twijfel wordt getrokken (zie Hindley, 1993; Hindley, e.a., 1994; Sinkkonen, 1994). Van de kindfactoren die in tenminste twee onderzoeken zijn onderzocht, etnische afkomst, geslacht, leeftijd en intelligentie, zijn de bevindingen over de samenhang met psychische problemen niet eensluidend. Het feit dat Van Eldik (1990; 1994a) voor etnische afkomst wel en voor intelligentie geen samenhang met problemen vond moet wellicht toegeschreven worden aan respectievelijk de lage SES van de ouders en aan de geringe spreiding van de scores op de (performale) intelligentietests.

Tabel 3.1. Overzicht van de factoren die in verband gebracht zijn met psychische problemen bij doven.

Factor	samenhang +/-@	sprake van meer problemen*# bij:	auteurs
<u>Dooftheid-specifiek:</u>			
Gehoorverlies	-		2,4,5,6,7,9,12,16#
	+	gehoorverlies	8,14
nevenstoornissen	-		7
	+	(meer) nevenstoornissen	3,6,17
communicatiemodi			5
	+	TC-methode	13*
communicatie	-		8,12
	+	lage competentie	2,13*,17
schoolsetting	+	aparte scholen	10,15
oorzaken doofheid	+	rubella	1,3,7,16#
	+	onbekende oorzaak	4
	-	onbekende oorzaak	12
<u>Kind:</u>			
etnische afkomst	-		4,7,15
	+	niet-Nederlands	12
geslacht	+	meisjes	4
	+	jongens	6,15,17
leeftijd van het kind	-		4,16#
	+	oudere kinderen (volgens moeders)	5
	+	jongere kinderen (volgens leerkrachten)	5
	+	jongere jongens	12,15
intelligentie	+	lagere intelligentie	2,4
	-		12
organische factoren	-		8
prematuurniteit	+	vroeggeborenen	1
<u>Gezin:</u>			
Sociaal-economische status	-		4,12
rouw ouders	+	negatieve gevoelens doofheid	9
psychische problemen ouders	+	angstig/depressieve moeders	11
	+		14
gehoorgesteldheid ouders	-		4
gezinsstabiliteit	-		4
gezinsfunctioneren	+	'los zand'	14
	+	'statistisch'	14
gezinsstress	+	hoge stress	14
life-events	-		12

@ van een samenhang (+) is sprake indien uit de uitgevoerde analyses een significant ($p < .05$) verband met psychische problemen bleek; van geen samenhang (-) is sprake als een verondersteld verband niet gevonden werd.

* bij onderzoek 13: onderzoek naar depressie

bij onderzoek 16: onderzoek naar aandachtstekortstoornissen

- | | |
|--|---|
| (1) Vernon (1969) | (10) Aplin (1985; 1987) |
| (2) Williams (1970) | (11) Prior, Glazner, Sanson en Debelle (1988) |
| (3) Chess, Korn & Fernandez (1971), Chess (1975) | (12) Van Eldik (1990; 1994a) |
| (4) Schlesinger & Meadow (1972) | (13) Leigh, Robins en Welkowitz (1990) |
| (5) Freeman, Malkin & Hastings (1975) | (14) Watson, Henggeler en Whelan (1990) |
| (6) Jensema en Trybus (1975) | (15) Hindley (1993) |
| (7) Goulder en Trybus (1977) | (16) Kelly, Kelly, Jones, Moulton, Verhulst & Bell (1993) |
| (8) Fundudis, Kolvin en Garside (1979a), Fundudis, Kolvin, Van der Spuy, Tweddle en George (1979b) | (17) Sinkkonen (1994) |
| (9) Goldberg, Lobb en Kroll (1975) | |

Incidenteel zijn gezins- of omgevingsfactoren in relatie met problemen onderzocht. Zo vonden Watson, e.a. (1990) dat gedragsproblemen met een 'los-zand' (dimensie Cohesie) en een 'statisch' (dimensie Adaptatie) gezinsfunctioneren (FACES-II; Olson, Portner & Bell, 1982) en ook met een hoge gezinsstress (Questionnaire on Resources and Stress; Friedrich, Greenberg & Crnic, 1983) samenhangen. Van Eldik (1993a) vond geen samenhang tussen problemen en levensgebeurtenissen (Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen; Veerman, Ten Brink, Van der Horst & Koedoot, 1997), wat mogelijk verklaard moet worden door de beperkte spreiding van probleemscores in de onderzochte groep.

Tenslotte, om meerdere redenen moet de betekenis van de in tabel 3.1 weergegeven uitkomsten wat betreft de samenhang tussen de genoemde doofheid-specifieke, kind- en gezinsvariabelen en psychische problemen niet overschat worden. In de genoemde onderzoeken betreft het in bijna alle gevallen univariate analyses. Hierdoor is de mogelijke invloed van andere, mediërende factoren niet nagegaan. Bovendien is weinig tot geen replicatieonderzoek uitgevoerd waarin de onderzochte factoren op identieke wijze gedefinieerd waren. Het is dan ook maar zeer de vraag of de uitkomsten gegeneraliseerd mogen worden naar de dovenpopulatie.

3.4 Methodologische kanttekeningen

Een eerste probleem bij de dovenonderzoeken is de beoordeling over de methode om problemen te classificeren. Globaal zijn er twee manieren om problemen vast te stellen, te weten categoriaal en dimensionaal (zie Quay, 1986; Rutter & Tuma, 1988; De Wit & Veerman, 1996). Beide zijn in het dovenonderzoek gebruikt. Zo werd met behulp van het expert-oordeel over een symptoomlijst (Chess, e.a., 1971; Schlesinger & Meadow, 1972), de semi-gestructureerde interviews (Freeman, e.a., 1975) en de psychische kindonderzoeken (Freeman, e.a., 1975; Hindley, 1993) een categoriale indeling gemaakt van problemen (wel/geen stoornis). Middels gedragsvragenlijsten (zie Van Eldik, 1990; 1994a; Sinkkonen, 1994) en persoonlijkheidsvragenlijsten (zie Leigh, e.a., 1990) werden problemen op een dimensionale wijze vastgesteld. Van groot belang is echter de betrouwbaarheid en validiteit van, categoriale of dimensionale, classificaties. Bekend is dat de betrouwbaarheid en validiteit van de categoriale classificaties, gebaseerd op een subjectief-intuïtief expert-oordeel, matig zijn; de uitspraken op de hoofdcategorieën zijn nog het meest betrouwbaar en valide (zie De Wit & Veerman, 1996). In tegenstelling tot de categoriale classificaties zijn de dimensionale classificaties gebaseerd op observeerbare symptomen en syndromen. Middels scores worden de problemen op dimensionaal niveau (minder of meer aanwezig) beoordeeld. Zowel de betrouwbaarheid als de validiteit is over het algemeen hoger dan bij klinische classificatie (zie Achenbach, McConaughty, Howell, 1987; Veerman, 1996).

Een tweede probleem betreft de onderlinge vergelijkbaarheid van schaalscores en prevalentiecijfers van de dovenpopulatie en de normale populaties om de aanwezigheid en mate van problemen te duiden. Onderlinge verschillen in schaalscores en prevalentiecijfers, gebaseerd op afkappunten (of expert oordelen), blijken niet altijd parallel te lopen. Doven hebben namelijk dikwijls significant hogere schaalscores dan de normale populaties, terwijl de prevalentiecijfers niet significant afwijken. Dit heeft voornamelijk te maken met de spreiding van schaalscores. Dit pleit ervoor om middels beide methoden informatie te verzamelen en beide uitkomsten apart te interpreteren.

Een derde probleem is dat van de informantkeuze. In de meeste dovenonderzoeken zijn leerkrachten, en niet de ouders, als informant gebruikt. Dit is op zijn minst opmerkelijk omdat ouders ook belangrijke informanten zijn voor de diagnostiek van het kind (Rutter, e.a., 1970). Bovendien spelen zij ook een cruciale rol bij een eventuele behandeling van het kind (zie Achenbach, 1991). Uit regulier onderzoek (zie Graham, 1979; Achenbach, e.a., 1987; Meijer & Veerman, 1989) is bekend, en in dovenonderzoek (zie Fundudis, e.a., 1979b; Van Eldik, in voorbereiding) ook bevestigd, dat ouders en leerkrachten kinderen verschillend kunnen beoordelen en dat ook de overeenstemming over identificatie van problemen gering is. Dit betekent evenwel niet altijd dat de gebruikte onderzoeksinstrumenten onbetrouwbaar zijn. Veeleer wijst dit op de situationele variatie (kinderen kunnen zich thuis en op school anders gedragen) en op de beoordelaarsvariatie (leerkrachten kijken anders dan ouders). Zo zien leerkrachten bijvoorbeeld vaker antisociaal gedrag (zie Rutter, e.a., 1970; Freeman, e.a., 1975; Steinhausen, Rentz & Gobel, 1983) en minder vaak emotionele problemen dan de ouders (Goulder & Trybus, 1977; Meadow, 1981). De perceptie wordt ook beïnvloed door de frequentie en duur waarin het kind gezien wordt door de ouder (zie Fundudis, e.a., 1979a; 1979b) of de leerkracht (zie Rutter, 1977). Hoewel de informatie van ouders of leerkrachten van jongere kinderen vaak al voldoet (Rutter & Graham, 1968), is onderzoek van oudere kinderen zelf essentieel (Rutter, Graham, Chadwick & Yule, 1976), bijvoorbeeld in de vorm van een psychiatrisch onderzoek (Rutter & Graham, 1968; Kolvin, e.a., 1975). Bij het onderzoek van dove kinderen zelf worden de communicatieproblemen (Fundudis, e.a., 1979b) door anderen met inzet van een tolk opgelost (Chess & Fernandez, 1980a; 1980b; Hindley, 1993).

Tenslotte, bij vergelijkend onderzoek tussen dove en horende kinderen zijn ook de kenmerken van de controlegroep van belang. In de dovenonderzoeken deden zich hierbij diverse problemen voor, zoals cohorteffecten door een uitzonderlijke tijdspanne tussen de onderzoeken van de onderzochte groep en de controlegroep (Schlesinger & Meadow, 1972), niet-vergelijkbare leeftijdsgroepen (Rutter, e.a., 1970; Reivich & Rothrock, 1972), summiere informatie (Fundudis, e.a., 1979b; Chess & Fernandez, 1980a; 1980b; Sinkkonen, 1994) of het ontbreken ervan (Hindley, 1993).

3.5 Discussie

In Hoofdstuk 1 werd opgemerkt dat het onderzoek naar de prevalentie van psychische problemen bij dove kinderen in omvang relatief gering is en dat het onderzoek naar de opvoedingsomgeving in de kinderschoenen staat. Na het weergeven van de belangrijkste uitkomsten kan nu de balans opgemaakt worden.

Uit de diverse onderzoeken kwamen zeer uiteenlopende prevalentiecijfers van psychische problemen naar voren. Dit was niet verwonderlijk gezien de diversiteit van de onderzoeksgroepen, de instrumenten en de procedures die tot een diagnose leidden. Het vergelijkende onderzoek met horende populaties is bovendien door kenmerken van de controlegroepen beïnvloed. De conclusie op dit punt kan niet anders zijn dan dat, hoewel er reden is te veronderstellen dat dove kinderen een verhoogde kans op problemen hebben, over de prevalentie van problemen bij dove kinderen weinig eenduidige gegevens bestaan. Dit geldt nog eens in het bijzonder voor de Nederlandse situatie.

Ook werd in Hoofdstuk 1 vermeld dat het onderzoek van de opvoedingsomgeving van dove kinderen nog geheel in de kinderschoenen staat. Zowel in Hoofdstuk 2, waar het ging om de implicaties van de doofheid voor de ontwikkeling en opvoeding, als in Hoofdstuk 3 bleek weinig tot geen informatie daaromtrent te bestaan. In het bijzonder ontbrak het aan gegevens over de ervaren belasting door en het functioneren van gezinnen met dove kinderen en over de life-events van dove kinderen. De voorhanden gegevens waren voornamelijk indrukken die nauwelijks of niet op systematische wijze zijn onderzocht. Wat betreft de opvoedingsomgeving van dove kinderen moet de conclusie luiden dat er weinig tot geen betrouwbare gegevens bestaan.

Zijn de afzonderlijke gegevens over het psychisch functioneren en de opvoedingsomgeving van dove kinderen al weinig tot niet betrouwbaar, dan is het niet verwonderlijk dat er weinig tot geen inzicht bestaat in de relatie tussen beiden. Voor zover bekend werd slechts in een niet-representatief onderzoek deze samenhang onderzocht.

De algemene conclusie is dat het beeld omtrent de prevalentie van emotionele problemen en gedragsproblemen, hoewel een verhoogde kans daartoe bij dove kinderen, weinig inzichtelijk is. Verder dat er weinig tot geen betrouwbaar onderzoek voorhanden is naar de opvoedingsomgeving en de onderlinge relaties tussen het psychisch functioneren en de opvoedingsomgeving.

3.6 Samenvatting

In Hoofdstuk 3 zijn de onderzoeken naar emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove kinderen besproken. Er kwam naar voren dat dove kinderen over het algemeen meer gedragsproblemen vertonen dan horende leeftijdsgenoten. De prevalentiecijfers varieerden van 5% tot ruim 50%. Sommige onderzoeken suggereren dat bij dove kinderen twee tot zes keer zo vaak sprake is van problemen dan bij horende kinderen. In recente onderzoeken van Van Eldik (1990; 1994a), Hindley (1993) en Sinkkonen (1994) werd in dit opzicht echter geen verschil gevonden tussen dove en horende kinderen. Bij dove kinderen worden gelijksoortige problemen gevonden als bij horende kinderen. Hooguit komt in recent onderzoek incidenteel voor dat doven (significant) meer gedragsproblemen vertonen dan horende kinderen, in het bijzonder antisociaal gedrag (Sinkkonen, 1994) en Externaliserende problematiek (Van Eldik, 1990; 1994a).

Nagegaan is welke doofheid-specifieke en kind- en gezinsfactoren samenhangen met psychische problemen. Hoewel de onderzoeken niet altijd goed vergelijkbaar zijn, lijkt vooral een verband tussen enerzijds rubella bij de moeder en psychische problemen van de ouders en anderzijds psychische problemen bij dove kinderen aannemelijk. Er zijn methodologische kanttekeningen geplaatst bij de besproken dovenonderzoeken. Duidelijk werd dat de onderzochte groepen van dove kinderen soms sterk varieerden wat betreft de mate van gehoorverliezen, aan-/afwezigheid van nevenstoornissen, de communicatiemethoden en de schoolachtergrond. Dikwijls ontbrak exacte informatie over deze factoren. Bovendien zijn kanttekeningen geplaatst bij de gebruikte onderzoeksinstrumenten, de meetprocedures en de gebruikte vergelijkingsgroepen.

Wat verder opvalt is dat slechts in een enkel onderzoek ouders informant waren. Dit is opmerkelijk omdat juist ouders belangrijk zijn in het proces van aanmelding, behandeling en verandering.

Tenslotte kan geconcludeerd worden dat over de prevalentie van psychische problemen en de opvoedingsomgeving van dove kinderen en ook over de onderlinge relaties weinig tot geen betrouwbare gegevens bestaan.

Hoofdstuk 4

Vraagstellingen en opzet van het onderzoek

4.1 Inleiding

In Hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de vraagstelling en de onderzoeksopzet voor dit onderzoek. Het accent ligt daarbij op de beschrijving van de actuele emotionele problemen en gedragsproblemen en van het actuele functioneren van de opvoedingsomgeving van dove kinderen tussen vier en achttien jaar. Hieronder worden eerst de vraagstellingen van dit onderzoek uitgewerkt. Daarna wordt ingegaan op de afwegingen voor de onderzoeksopzet en op de gebruikte onderzoeksinstrumenten. Tenslotte worden het onderzoeksmodel en de statistische methoden beschreven.

4.2 Vraagstellingen van het onderzoek

Hoofdstuk 3 werd afgesloten met de conclusie dat er in de literatuur weinig tot geen eensluidende en betrouwbare gegevens zijn over de prevalentie van psychische problemen en de opvoedingsomgeving van dove kinderen. Bovendien bestaat er ook weinig inzicht in de relatie daartussen. Het hoofddoel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in het emotionele en gedragsmatige functioneren (hierna ook wel genoemd: het kindfunctioneren), het functioneren van de opvoedingsomgeving van dove kinderen. Tevens wordt de relatie tussen het kindfunctioneren, het functioneren van de opvoedingsomgeving en de acht onafhankelijke variabelen die betrekking hebben op het kind en de omgeving geëxploreerd. Dit onderzoek, waarin de nadruk ligt op de beschrijving van het actuele functioneren, heeft een descriptief-exploratief karakter (zie Hoofdstuk 1).

De drie hoofdvragen in dit onderzoek zijn aldus geformuleerd:

- Wat is de prevalentie van de emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove kinderen?
- Hoe is de opvoedingsomgeving van gezinnen met een doof kind te kwalificeren?
- Welke demografische/diagnostische factoren en welke factoren van de opvoedingsomgeving houden verband met de emotionele problemen en gedragsproblemen?

De emotionele problemen en gedragsproblemen worden vastgesteld aan de hand van een totaalbeeld, de scores op de syndromen en de itemscores (zie verder 4.4.1). Met de opvoedingsomgeving wordt verwezen naar drie afzonderlijke aspecten, te weten gezinsbelasting (zie 4.4.2), gezinsfunctioneren (zie 4.4.3) en levensgebeurtenissen (zie 4.4.4). De betekenis van de uitkomsten worden in een normatief ontwikkelingsperspectief geplaatst door steeds een vergelijking met de normale populatie te maken. In de analyses worden acht variabelen opgenomen waarvan verondersteld is dat er mogelijke samenhangen zijn met het psychisch functioneren en het functioneren van de opvoedingsomgeving. Die acht variabelen zijn onder te verdelen in demografische en diagnostische kenmerken van dove kinderen. De demografische (of feitelijke kenmerken) zijn de etnische afkomst, de leeftijd en het geslacht van het kind, de sociaal-economische status van het gezin en het schooltype dat gevolgd wordt. De diagnostische factoren (indicatoren voor de ernst en de aard van de problemen van een kind of een gezin), zijn het gehoorverlies en het intelligentieniveau van het kind en de communicatie tussen ouder en kind. Een nadere toelichting op de geselecteerde demografische en diagnostische kenmerken is te vinden in Bijlage A. De resultaten met betrekking tot de prevalentie van psychische problemen staan in Hoofdstuk 6 en de resultaten met betrekking tot de opvoedingsomgeving zijn in Hoofdstuk 7 vermeld. In Hoofdstuk 8 tenslotte worden de resultaten vermeld over de relaties tussen het psychisch functioneren, de aspecten van de opvoedingsomgeving en de demografische en diagnostische kenmerken.

4.3 Opzet van het onderzoek

Voor het vaststellen van problemen bij kinderen en het onderzoek van de opvoedingsomgeving kunnen verschillende onderzoeksdesigns gebruikt worden. De keuze voor een of meerdere onderzoeksstrategieën wordt in hoge mate door het doel van het onderzoek bepaald. Er zijn globaal vijf typen designs te onderscheiden. Vier daarvan worden wel longitudinale designs genoemd (prospectief, catch-up, follow-back en retrospectief onderzoek), een vijfde is het 'cross-sectionele design'. Er is gekozen voor het cross-sectionele design omdat dit design geschikt is voor prevalentie-onderzoek in een klinisch-epidemiologische context zoals dit onderzoek eerder getypeerd is (zie Hoofdstuk 1). Daarom wordt

alleen dit type onderzoeksdesign hierna kort besproken (zie voor een beschrijving van de diverse designs Robins, 1980; Veerman, 1990).

4.3.1 Cross-sectioneel onderzoek

Bij cross-sectioneel onderzoek worden verschillende groepen onderscheiden waarbij slechts op één moment een meting verricht wordt. De indeling van de onderzoeksgroep is op leeftijd gebaseerd, waarbij de verschillende leeftijdsgroepen als 'dwarsdoorsneden' (cross-secties) van een bepaald leeftijdscontinuüm gezien worden. Op grond van de gegevens van de verschillende leeftijdsgroepen kunnen hypothesen opgesteld worden over ontwikkelingen, veranderingen van eigenschappen en functies. Een voorwaarde voor cross-sectioneel onderzoek, evenals voor longitudinaal onderzoek, is een relatief grote omvang van de onderzochte populatie. Kleine aantallen proefpersonen per leeftijdscohort leiden mogelijk tot een onbetrouwbaar beeld en te brede leeftijdsklassen bieden onvoldoende inzicht in de ontwikkeling van kinderen. Een voorbeeld van cross-sectioneel onderzoek van emotionele problemen en gedragsproblemen onder horende kinderen vormt het onderzoek van Verhulst (1985). Een voorbeeld van cross-sectioneel onderzoek van de opvoedingsomgeving van horende kinderen zijn de onderzoeken van Veerman, e.a. (zie Veerman, e.a., 1997). Daarin worden onderzoeksgegevens over de relatie tussen psychopathologie bij kinderen en levensgebeurtenissen verschaft.

4.3.2 Kanttekeningen bij cross-sectioneel onderzoek

De belangrijkste kritiek is dat deze vorm van onderzoek slechts een momentopname van het kind en een stand van zaken van het gezin weergeeft. Dit staat op gespannen voet met het gegeven dat kinderen en ook gezinnen voortdurend in ontwikkeling zijn. Ook kan een vraagteken geplaatst worden bij het doen van uitspraken over het ontwikkelingsverloop: in cross-sectioneel onderzoek kunnen scores met de leeftijd dalen of stijgen, hetgeen in longitudinaal onderzoek niet bevestigd wordt (zie Gersten, Langner, Eisenberg, Simcha-Fagen & McCarthy, 1976; Schaie, 1985). Cross-sectioneel onderzoek is echter goedkoper dan longitudinaal onderzoek. Bovendien kennen ook longitudinale onderzoeksdesigns problemen, zoals het optreden van achterhaalde wetenschappelijke inzichten, 'sample attrition', historische cohorteffecten en de problemen die verbonden zijn aan gebruik van dezelfde meetinstrumenten bij kinderen van verschillende leeftijden.

4.4 Keuze van de meetinstrumenten

Bij de keuze van de meetinstrumenten was er een voorkeur voor gestandaardiseerde vragenlijsten. Behalve economische factoren (tijd en kostenbesparing), waren vooral de volgende inhoudelijke overwegingen van belang. Allereerst heeft het onderzoek van de afgelopen jaren in een aantal betrouwbare en valide vragenlijsten voor het Nederlandse taalgebied geresulteerd. Aangetoond is dat het met behulp van bedoelde vragenlijsten mogelijk is relevante informatie te verkrijgen over het emotionele en gedragsmatige functioneren van kinderen en het functioneren van gezinnen. Bovendien zijn van die vragenlijsten normgegevens voorhanden. Dit maakt vergelijkingen mogelijk tussen de dove onderzoeksgroep en de normpopulaties. Het gebruik van vragenlijsten is een bij uitstek geschikte methode voor epidemiologisch onderzoek. Een andere aanname was dat vragenlijsten die hun nut bewezen hebben voor 'normale' populaties niet ongeschikt behoeven te zijn in onderzoek met doven. Positief geformuleerd: bedoelde vragenlijsten zouden voor de dovenpopulaties juist ook geschikt kunnen zijn. Bevindingen die in die richting wijzen, komen uit eerder verricht onderzoek (zie ook Hoofdstuk 3). In het vervolg wordt daarop ingegaan.

4.4.1 Child Behavior Checklist (CBCL)

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996) van de Child Behavior Checklist (CBCL), ontwikkeld door Achenbach (1991). De vragenlijst bevat vragen over sociale competentie en gedragsproblemen. Omdat in dit onderzoek alleen de resultaten met betrekking tot probleemgedrag gerapporteerd zullen worden, wordt de bespreking van de CBCL hiertoe beperkt. Het gedragsgedeelte bestaat uit 118 gedragsitems en twee open vragen. Elk gedragsitem dient gescoord te worden op een driepuntsschaal (score 0= helemaal niet van toepassing, score 1= een beetje of soms van toepassing en score 2= duidelijk of vaak van toepassing). De Totaalscore wordt verkregen door optelling van alle scores en geeft een indicatie van de mate van problematiek van kinderen. De nieuwste CBCL-versie 1991 kent acht probleemschalen die verwijzen naar verschillende syndromen van psychopathologie bij kinderen. De acht syndromen, die voor beide geslachts- en leeftijdsgroepen voorkomen, zijn: Teruggetrokken, Lichamelijke Klachten, Angstig/Depressief, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Delinquent Gedrag en Agressief Gedrag. Voor 4-11-jarige kinderen is er een negende probleemschaal: Sexproblemen. Behalve de acht probleemschalen worden nog twee hoofddimensies onderscheiden, te weten Internaliseren (gedrag waar iemand zelf last van ondervindt) en Externaliseren (gedrag waar anderen last van hebben). Invulling van de CBCL gebeurt door ouders of andere direct betrokkenen (bijvoorbeeld groepsleiding) en kan plaatsvinden in interviewvorm of zelfstandig door de respondenten. De afnameduur bedraagt circa 30 minuten.

De CBCL, die als meetinstrument voor psychopathologie vaak in onderzoek gebruikt wordt, heeft goede psychometrische eigenschappen (zie Evers, Van Vliet-Mulder & Terlaak, 1992). Ook wordt hiervoor verwezen naar de handleiding (Verhulst, e.a., 1996).

In onderzoek onder dove kinderen waren de gegevens over de interne consistentie van de CBCL-probleemschalen Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren (Cronbach α 's respectievelijk 0.89, 0.81, 0.85) zeer bevredigend (Van Eldik, in druk). De Pearson correlaties voor de twee- en vierjaars stabiliteit van gedrag waren voor de drie schalen respectievelijk 0.49, 0.43 en 0.68 en 0.59, 0.67 en 0.46. De gemiddelde probleemscores waren nauwelijks gewijzigd (Van Eldik, 1993b; 1993c).

4.4.2 Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS)

De NVOS is ontwikkeld door Wels en Robbroeckx (1991a; 1991b; 1996). De vragenlijst is bedoeld om de subjectieve gezinsbelasting van ouders, die problemen ondervinden met de opvoeding van een kind, te meten. Aan de NVOS liggen twee theoretische modellen ten grondslag, te weten het stressmodel van Lazarus (dat betrekking heeft op een cognitieve theorie van emoties) en de attributietheorie van Weiner (die betrekking heeft op locus of control, stabiliteit en wilscontrole). De NVOS bestaat uit vier delen: Subjectieve Gezinsbelasting, Beoordeling van de Opvoedingssituatie, Attributies met betrekking tot de huidige opvoedingssituatie en Hulpverwachting. De beantwoording van de items is op een vijfpuntsschaal (Likert type), behalve voor schaal B (keuze uit acht situatiebeschrijvingen). De score per categorie is het gemiddelde van de individuele itemscores van de categorie. Voor alle NVOS-categorieën zijn normen ontwikkeld, apart voor moeders en vaders, bij een controlegroep, een ambulante RIAGG-groep, een residentiële groep en een MKD-groep (kinderen van diverse Medisch Kleuterdagverblijven). De afname van de NVOS in interviewvorm duurt ongeveer een uur.

Omdat in dit onderzoek alleen de resultaten van deel A vermeld zullen worden, blijft de bespreking daartoe beperkt. Schaal A, de Subjectieve Gezinsbelasting (46 items), dient om de door ouders ervaren belasting bij de opvoeding van hun kind vast te stellen. Deel A bestaat uit acht categorieën, te weten Acceptatie, Aankunnen, Problemen hebben, Situatie Anders willen, Kind is Belasting, Alleen staan, Plezier hebben en Goede omgang. Het aantal items per categorie (4-8) is gering. De op basis van theorie, klinische ervaring en intuïtie, opgestelde items en acht categorieën van Schaal A zijn middels factoranalyses bij een groep bij MKD en RIAGG aangemelde kinderen onderzocht. Het resultaat was een 3-factor model: (1) Gezinsbelasting (Aankunnen, Problemen hebben, Kind is Belasting en Situatie Anders willen), (2) Bedreigde Opvoedingssfeer (Acceptatie, Plezier en Goede

Omgang) en (3) Gevoel er alleen voor te staan (identiek aan Alleen staan), waarin de vooraf gestelde categorieën redelijk tot goed vertegenwoordigd waren. De totaal verklaarde variantie bedroeg 54.4%, waarvan 45.2% door de factor Gezinsbelasting.

De psychometrische eigenschappen, de betrouwbaarheid en validiteit, van deel A van de NVOS zijn redelijk tot goed. Hiervoor wordt verwezen naar de handleiding (zie Wels & Robbroeckx, 1996).

4.4.3 Gezins Dimensie Schalen (GDS)

De GDS is een Nederlandse bewerking van de Amerikaanse Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scales (FACES) van Olson, e.a. (zie Buurmeijer & Hermans, 1988a; 1988b). De FACES is een uitwerking van het zogenaamde 'Circumplexe Model' van gezinssystemen. Twee dimensies van het gezinsfunctioneren staan in dit model centraal: adaptatie en cohesie. Adaptatie wordt omschreven als het vermogen van een gezinssysteem zijn machtsstructuur, rolverdelingen en regels aan te passen bij veranderende interne en externe omstandigheden. Dit kan op een rigide, gestructureerde, flexibele of chaotische manier. Cohesie wordt gedefinieerd als de gebondenheid die de gezinsleden ervaren ten opzichte van elkaar. Deze gebondenheid kan een Los-zand, Individueel gericht, Gezamenlijk of Kluwen karakter hebben. Door combinatie van de vier typen adaptatie en de vier typen cohesie kunnen zestien gezinstypen onderscheiden worden. Van deze zestien typen zijn vier gezinstypen functioneel, acht onevenwichtig (extreem op één dimensie en gemiddeld op de andere) en vier disfunctioneel (op de beide dimensies een extreme waarde). Elk gezin kan via de scores op de GDS binnen dit circumplexe model geplaatst worden. De GDS telt 44 vragen; 23 items over Cohesie, 13 items over Adaptatie; de 8 items van de schaal Sociale Wenselijkheid zijn buiten beschouwing gelaten. Invulling van de items gebeurt op een vierpuntsschaal (1=nooit waar, 2=soms waar, 3=meestal waar en 4=altijd waar). De scores voor Adaptatie en Cohesie worden verkregen met behulp van een rekensleutel. De afname van de GDS gebeurt in interviewvorm en duurt ongeveer 30 minuten. Er zijn normgegevens verkregen bij 669 gezinsleden (uit 178 gezinnen: 176 vaders, 178 moeders, 152 pre-adolescenten van 11-14 jaar en 163 adolescenten van 15 jaar en ouder) die niet naar een instelling voor hulpverlening waren verwezen en van een aantal klinische groepen (waaronder gezinnen met kinderen die gedragsproblemen vertonen).

De psychometrische eigenschappen, de betrouwbaarheid en validiteit, van de GDS zijn redelijk tot goed (Buurmeijer & Hermans, 1988a; 1988b).

4.4.4 Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG)

De VMG is ontwikkeld door Veerman, e.a. (1997). De VMG is een Nederlandstalige bewerking van de Social Readjustment Rating Questionnaire (SRRQ) van Coddington en van een al eerdere Nederlandse versie van de SRRQ: de Gebeurtenissenlijst (GBL) (zie Berden, Althaus & Verhulst, 1988; Berden, 1992). Verder is gebruik gemaakt van As V van de ICD-9 en de Life Events Checklist van Johnson (1986). De VMG is bedoeld om op systematische wijze gebeurtenissen in de opvoedingsomgeving (life events) vast te leggen. Aangenomen wordt dat de betreffende life events potentieel stressvolle gebeurtenissen vormen voor kinderen. De vragenlijst telt 37 items, waarvan 34 betrekking hebben op a priori stressvol geachte gebeurtenissen (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname van een kind, een verhuizing van het gezin) en drie items op een a priori positief geachte gebeurtenis (bijvoorbeeld trots op prestatie) beschrijven. Bij elke vraag moeten de ouders aangegeven of de gebeurtenis is voorgevallen, wanneer dat was en hoe het betreffende kind de gebeurtenis op dat moment beleefde (positief of negatief) volgens de ouders. Met de VMG worden op basis van de ouderbeoordelingen een drietal scores verkregen: (1) de negatieve ervaren spanning van een kind, (2) de positief ervaren spanning van een kind en (3) een totaalbeeld van ervaren spanning van een kind. Met betrekking tot deze drie scores kunnen, over een vooraf van belang geachte periode in het leven van een kind (meestal de gehele levensperiode, een jaar en twee jaar voorafgaand aan het onderzoek), somscores (9 in aantal: 3 scores x 3 levensperiodes) berekend worden. Behalve deze kwantitatieve analyse kan een meer kwalitatieve analyse gemaakt worden aan de hand van de VMG-items. De vragen van de VMG kunnen door ouders zelfstandig ingevuld worden of ook wel in interviewvorm afgenomen worden. Er zijn diverse normgroepen samengesteld, onder meer bestaande uit normale populaties (jongere kinderen, basisschoolkinderen en pre-adolescenten) en klinische groepen (klinische populatie van het Paedologisch Instituut (PI) Duivendrecht en een populatie Boddaert-kinderen).

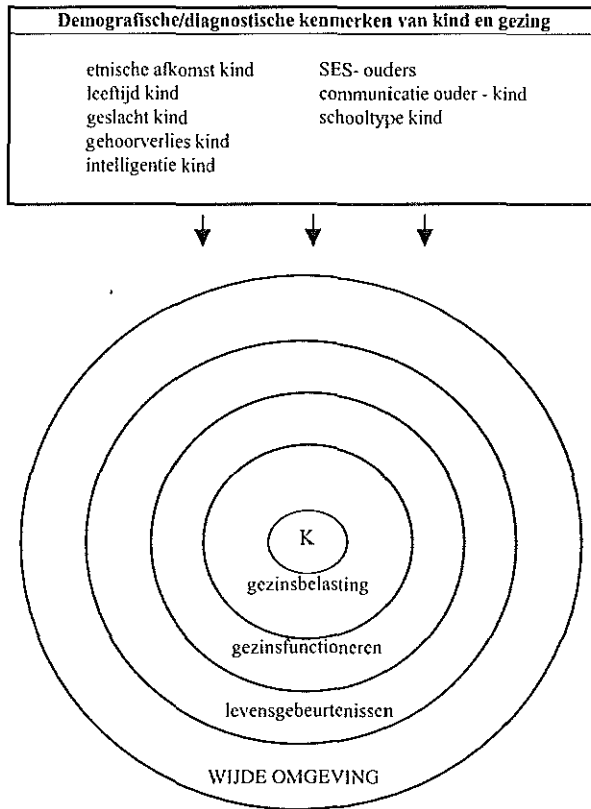
Gegevens over de psychometrische eigenschappen van de VMG zijn bevredigend. Hiervoor wordt verwezen naar de handleiding (Veerman, e.a., 1997; zie ook Van Eldik, 1994b).

4.5 Onderzoeksmodel

Dit onderzoek is een (klinisch) epidemiologisch onderzoek waarin de prevalentie van gedragsproblemen en verstoringen van de opvoedingsomgeving van dove kinderen centraal staan. Het streven is het actuele functioneren van dove kinderen en hun omgeving en de mogelijke relatie met de acht demografische en

diagnostische variabelen te beschrijven. In figuur 4.1 is het model beschreven dat als startpunt heeft gediend.

Figuur 4.1. Het onderzoeksmodel: relaties kindfunctioneren, opvoedingsomgeving en demografische/diagnostische kenmerken.



In het model fungeert het emotionele en gedragsmatige functioneren van het kind als referentie en wordt daarmee de afhankelijke variabele (K). In deze benadering vormen de factoren van de opvoedingsomgeving en de acht demografische en diagnostische kenmerken de onafhankelijke variabelen. Grafisch is dit weergegeven door de 'schillen' rondom de afhankelijke variabele gedragsproblemen. De volgende overwegingen liggen daaraan ten grondslag (zie ook Hoofdstuk 8). Allereerst is er de klinische ervaring dat in de meeste gevallen een kind als cliënt wordt aangemeld. Dit zal vaak gebeuren in verband met de door de omgeving aan het kind toegeschreven problemen (van gedragsmatige aard of anderszins). Bovendien meldt een 'omgeving met problemen' zich doorgaans niet aan. Een derde reden is dat een vorm van hulpverlening voor ouders toegankelijker

lijkt, indien in eerste instantie de 'problemen' in het kind worden gesitueerd (zie Verhulst, 1985).

Met nadruk wordt gesteld dat de keuze voor de afhankelijke variabele, het kindfunctioneren, en voor de onafhankelijke variabelen, de opvoedingsomgeving en de demografische en diagnostische kenmerken, ook een inperking van de werkelijkheid impliceert. Hiermee wordt aangesloten bij de uitgangspunten van het zogenaamde transactioneel model (zie Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Seifer, 1983). Aan dit model ligt namelijk onder meer de gedachte ten grondslag dat de onafhankelijke en afhankelijke variabele(n) verwisselbaar zijn: oorzaak en gevolg kunnen worden omgedraaid. Dit onderzoek is ook niet gericht op het vinden van causale verbanden tussen het kindfunctioneren en de opvoedingsomgeving. Bovendien had, in plaats van voor het kindfunctioneren, met een andere argumentatie voor bijvoorbeeld de opvoedingsomgeving als afhankelijke variabele gekozen kunnen worden. Ook wordt in de transactionele zienswijze aangenomen dat de (on)afhankelijke factoren in de loop van de tijd elkaar wederzijds circulair en voortdurend, cumulatief beïnvloeden. Ook de (on)afhankelijke variabelen die in dit onderzoek onderzocht worden, oefenen al langere tijd invloed op elkaar uit. De tijdsdimensie die expliciet in het transactioneel model ingebracht wordt om op een later tijdstip (T2) mogelijke onderlinge effecten te meten, is in dit onderzoek niet als zodanig aan de orde. Het ene meetmoment kan als een 'momentopname' gezien worden van de doorlopende, wederzijdse beïnvloeding.

4.6 Statistische methoden

In Hoofdstuk 6 en Hoofdstuk 7 wordt verslag gedaan van het onderzoek naar samenhangen tussen respectievelijk emotionele problemen/gedragsproblemen en de opvoedingsomgeving met de acht demografische/diagnostische kenmerken (zie Bijlage A). Om eventuele samenhangen te onderzoeken zijn Pearson correlaties uitgevoerd. Bij de vergelijking tussen de gegevens van de onderzoeksgroep en van de normgroepen als ook voor de analyses die zijn uitgevoerd binnen de onderzoeksgroep, is overwegend gebruik gemaakt van de Chi-kwadraat-toets (χ^2 -toets) en de t-test. Om vergelijkingen met de normgroep beter mogelijk te maken, zijn voor het kindfunctioneren tevens variantie-analyses (ANOVAs) uitgevoerd. In Hoofdstuk 8 wordt de relatie tussen het psychisch functioneren, de aspecten van de opvoedingsomgeving en de acht demografische/diagnostische kenmerken onderzocht. Als analysetechniek is daarvoor een multivariatie toets geschikt, met name de multiële regressie-analyse. Verder is een factoranalyse uitgevoerd voor de aspecten van de opvoedingsomgeving.

Vanwege het grote aantal correlaties en toetsen dat uitgevoerd moest worden, werd als significantieniveau een α van 1% ($p \leq 0.01$) gesteld. Met de keuze voor dit

significantieniveau is de kans dat er samenhangen op basis van toeval gevonden zouden worden, beperkt gehouden.

4.7 Samenvatting

In Hoofdstuk 4 is de vraagstelling voor dit onderzoek geformuleerd. Het betrof de prevalentie van de emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove kinderen, alsook het actuele functioneren van de opvoedingsomgeving. Daarin werden drie domeinen onderscheiden, te weten de gezinsbelasting, het gezinsfunctioneren en de levensgebeurtenissen. Het cross-sectionele karakter van dit onderzoek is besproken waarbij enkele kanttekeningen gemaakt zijn. Voorts is de keuze van de meetinstrumenten, de CBCL, de NVOS, de GDS en de VMG, in alle gevallen instrumenten die hun waarde in de praktijk hebben bewezen, toegelicht en besproken. Het onderzoeksmodel sloot aan bij het zogenaamde transactionele model, waarbij een wisselwerking tussen het psychisch functioneren, de opvoedingsomgeving en de demografische en diagnostische kenmerken wordt verondersteld. De keuze voor de emotionele problemen en gedragsproblemen als 'object van onderzoek' is daarin toegelicht. Tenslotte werden de gebruikte statistische onderzoeksmethoden besproken.

Hoofdstuk 5

Onderzoeksgroep en procedures

5.1 Inleiding

In Hoofdstuk 5 wordt allereerst ingegaan op de criteria en de omvang van de doelpopulatie. Daarna worden de procedures voor het benaderen van de onderzoeksgroep, de selectieprocedures, de voorbereidingen voor het onderzoek en de gevolgde procedure van gegevensverzameling toegelicht. Vervolgens zal ingegaan worden op de samenstelling en de representativiteit van de onderzoeksgroep. Er wordt afgesloten met een samenvatting.

5.2 Doelpopulatie

5.2.1 Criteria voor de doelpopulatie

De opzet in dit onderzoek was alle enkelvoudig gehandicapte dove kinderen met een Nederlandse nationaliteit op te nemen. Onder enkelvoudig gehandicapte dove kinderen worden in dit onderzoek dove kinderen zonder ernstige aantoonbare functiestoornis en/of organische stoornis verstaan. Aan de keuze, de doelpopulatie tot enkelvoudig gehandicapte dove kinderen te beperken, lagen twee redenen ten grondslag. In de eerste plaats streefden wij naar homogeniteit. Eerder is genoemd dat doofheid, mede ten gevolge van de zeer uiteenlopende oorzaken ervan (zie Hoofdstuk 2), vaak met nevenstoornissen samen gaat. De groep doven met nevenstoornissen is dan ook in hoge mate heterogeen. Als nevenstoornissen (stoornissen naast de doofheid) zijn begrepen: (1) zeer laag intellectueel functioneren (mentale retardatie), (2) zeer ernstige visusstoornissen, (3) zeer

ernstige lichamelijke stoornissen, (4) pervasieve ontwikkelingsstoornissen en (5) een combinatie van genoemde stoornissen. Dove kinderen met een of meer nevenstoornissen (meervoudig gehandicapte dove kinderen) zijn dus buiten dit onderzoek gelaten (zie ook Hoofdstuk 2). In de tweede plaats zochten wij aansluiting bij onderzoeksliteratuur met betrekking tot doven: uitsluiting van dove kinderen met nevenstoornissen maakt dit onderzoek vergelijkbaar met bestaande onderzoeken (zie Hoofdstuk 3).

Voor het onderscheid tussen enkelvoudig en meervoudig gehandicapte dove kinderen is het volgende van belang. Meervoudig gehandicapte dove kinderen volgen in de regel aan MG-afdelingen (MG staat voor Meervoudig Gehandicapt) onderwijs. Het omgekeerde is echter niet altijd het geval: binnen MG-afdelingen volgen niet uitsluitend meervoudig gehandicapte dove kinderen onderwijs. Zo verblijven er binnen MG-afdelingen kinderen vanwege pedagogisch-didactische overwegingen, in het bijzonder leermoeilijkheden en/of onderwijsachterstand, emotionele problemen en/of gedragsproblemen en problemen in relatie met de culturele achtergrond (onder meer kinderen met een Surinaamse, Antilliaanse, Marokkaanse of Turkse achtergrond). De kinderen met pedagogisch-didactische indicaties zijn in dit onderzoek tot de enkelvoudig dove kinderen gerekend. Op dit punt kan dit onderzoek afwijken van ander onderzoek bij dove kinderen (zie Hoofdstuk 3).

Onder doofheid is verstaan een gehoorverlies van gemiddeld 90 decibel of meer bij de vier spraakfrequenties 500, 1000, 2000 en 4000 Hertz (in plaats van de inmiddels gedateerde Fletcherindex met drie frequenties 500, 1000 en 2000 Hertz). Voor deze keuze is steun te vinden in literatuur (zie Hoofdstuk 2).

Aanvankelijk is gestart van alle dove kinderen, ongeacht hun nationaliteit, informatie te verzamelen. Rekening werd evenwel gehouden met de kans dat gegevens van ouders met een niet-Nederlandse achtergrond vanwege taalproblemen, zeker in een paper-and-pencil onderzoek, niet of moeilijk te interpreteren waren. Na een aantal thuisinterviews met onbetrouwbare gegevens is ervoor gekozen om alleen dove kinderen met een Nederlandse nationaliteit in het onderzoek op te nemen. Twee uitzonderingsregels zijn toegepast. Wanneer de eerste opvoeder een Nederlandse achtergrond had, is een kind met een niet-Nederlandse nationaliteit wel opgenomen in het onderzoek. Dit betrof één Turks en één Marokkaans kind. Een tweede uitzondering is gemaakt voor vier kinderen van ouders met een niet-Nederlandse achtergrond maar die zozeer vernederlandst waren dat het verantwoord werd geacht hen in het onderzoek te betrekken. Door op deze wijze de kinderen op hun achtergrond te selecteren is ook een vergelijking met gegevens van de normgroepen, waarin uitsluitend kinderen met een Nederlandse nationaliteit waren opgenomen, verantwoord.

De beperking van de doelpopulatie tot de enkelvoudig dove kinderen heeft vanzelfsprekend gevolgen voor de representativiteit van de steekproef en voor de mogelijkheid de resultaten van dit onderzoek te generaliseren. Dit punt komt in 5.5.4 weer aan de orde.

5.2.2 Omvang van de doelpopulatie

De doelpopulatie van dit onderzoek is voornamelijk te traceren binnen de volgende instellingen:

- de vijf dovenscholen/-instituten (zie Bijlage G)
- de scholen en instituten voor slechthorende kinderen (zie Bijlage G)
- de reguliere scholen
- de overige instellingen, zoals instellingen voor verstandelijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten, blinden en slechtzienden.

Voor een indicatie van de omvang van de doelpopulatie en de onderzochte groep, dienen de recente cijfers van De Graaf, e.a. (1997) als uitgangspunt. Op basis van een telling van de dove kinderen van 6-12 jaar (geboortejaren 1984-1990) die geregistreerd waren aan doven- en slechthorendenscholen en een schatting van de niet-geregistreerde kinderen, komen De Graaf, e.a. (1997) uit op 85 dove kinderen per jaarcohort. Omdat er geen aanleiding gevonden werd dat cijfer voor andere jaarcohorten substantieel aan te passen (zie De Graaf, e.a., 1997), worden hierna alle benodigde aanpassingen voor de onderzoeksgroep naar rato uitgevoerd.

De omvang van de doelpopulatie in dit onderzoek, de dove kinderen in de leeftijd van 4-18 jaar, komt uit op 1275 kinderen (namelijk 15 jaarcohorten x 85 kinderen per jaarcohort). Deze kinderen kunnen als volgt over de volgende instellingen verdeeld worden (gebaseerd op gegevens van De Graaf, e.a., 1997): (1) overige instellingen: 65 kinderen (2) reguliere scholen: 98 kinderen (3) de vijf dovenscholen: 945 kinderen en (4) de slechthorendenscholen: 167 kinderen (zie ook Bijlage G). In tabel 5.1 is een overzicht gegeven van de omvang van de doelpopulatie en van de uitgesloten groepen dove kinderen. Hier wordt eerst een, cijfermatige, verantwoording voor de omvang van de uitgesloten groepen dove kinderen gegeven.

Allereerst zijn de dove kinderen binnen de overige instellingen buiten het onderzoek gelaten, omdat de doelpopulatie tot de enkelvoudig gehandicapte dove kinderen beperkt is. Aangenomen mag worden dat deze groep kinderen naast de doofheid juist één of meer ernstige nevenstoornissen hebben. Over dove kinderen die voltijds regulier onderwijs volgen, ontbreken exacte cijfers. Aangenomen wordt dat deze groep, ondanks het project Weer Samen Naar School, ten tijde van dit

onderzoek een gering percentage (zie De Graaf, e.a., 1997) vormde van de totale doelpopulatie. Vanwege de hoge arbeidsintensiviteit om deze kinderen op te sporen en de specifieke omstandigheden waarin deze kinderen opgroeien (horende onderwijsomgeving) is deze groep buiten het onderzoek gelaten. Een deel van de populatie dove kinderen binnen de afdelingen voor Meervoudig Gehandicapte dove kinderen van de vijf dovenscholen, is enkelvoudig gehandicapt en valt binnen de onderzoeksgroep (zie 5.2.1). Omdat ook hierover exacte gegevens ontbreken, zijn de cijfers van het doveninstituut Effatha gebruikt. Daaruit bleek dat de verhouding enkelvoudig en meervoudig gehandicapt op de MG-afdeling ongeveer 50%-50% was. In aanmerking genomen dat de populatie aan MG-afdelingen en aan niet-MG-afdelingen respectievelijk ongeveer 35% en 65% bedraagt van de totale dovenpopulatie op de dovenscholen (gebaseerd op informatie van het doveninstituut Effatha en een doveninstituut te Groningen), komt het werkelijke aantal meervoudig gehandicapte doven aan de MG-afdelingen op ongeveer 165 kinderen (totaal $945 \times 35\% \times 50\%$). Deze 165 kinderen, waarvan het overgrote deel (zeer) laag intellectueel functioneert, zijn buiten de doelpopulatie gelaten. Over meervoudig gehandicapte dove kinderen binnen het onderwijs aan slechthorende kinderen zijn ons geen cijfers bekend. Aangenomen wordt dat deze groep in omvang te verwaarlozen is: vanwege het 'orale' onderwijsaanbod (zie Hoofdstuk 2) en de relatief grote klassen, ligt doorverwijzing van deze kinderen voor de hand.

De allochtone dove kinderen zijn in de weergegeven cijfers opgenomen, maar de (allochtone) kinderen met een niet-Nederlandse nationaliteit zijn buiten het onderzoek gelaten. Volgens De Graaf, e.a. (1997) heeft 30% een niet-westerse achtergrond (= geboorteland). Binnen het doveninstituut Effatha had ongeveer 15% van de populatie een niet-Nederlandse nationaliteit, waarbij een zekere oververtegenwoordiging, gezien de geografische ligging (nabij Den Haag), niet uitgesloten is. Over allochtone kinderen op de slechthorendenscholen zijn ons geen cijfers bekend, maar het is aannemelijk dat in de Randstad deze kinderen dit type onderwijs bezoeken (persoonlijke communicatie met directies van slechthorendenscholen). Het probleem om het juiste percentage allochtone dove kinderen van niet-Nederlandse nationaliteit vast te stellen, wordt nog groter, omdat er ook een relatief grote overlap met de kinderen binnen de MG-afdeling is. Het landelijke percentage, zonder overlap met eerdere uitsluitingscriteria, wordt geschat op 5% oftewel 56 kinderen ($1112 \times 5\%$). Binnen de dovenscholen wordt een grotere vertegenwoordiging verondersteld, namelijk een verhouding van 1:3, in plaats van 1:1, dat wil zeggen 28 allochtone kinderen binnen het dovenonderwijs en 14 binnen het onderwijs aan slechthorenden.

De totale populatie dove kinderen op slechthorendenscholen is op basis van het bovenstaande geschat op 153 (167 minus 14 allochtone kinderen) en die van de dovenscholen op 738 kinderen (891 minus 153 kinderen van slechthorendenscholen). In tabel 5.1 is de telling van de doelpopulatie in dit onderzoek samengevat.

Tabel 5.1. Overzicht van de doelpopulatie in dit onderzoek.

Totale dovenpopulatie tussen 4-18 jaar	1275 kinderen
Dovenscholen	945
Slechthorendenscholen	167
Overigen	163
Uitgesloten van de populatie	384 kinderen
Overigen	163
Meervoudig gehandicapte doven MG-afdelingen dovenscholen	165
Allochtone enkelvoudig gehandicapte dove kinderen (42 binnen doven- en 14 binnen slechthorendenscholen)	56
Doelpopulatie tussen 4-18 jaar	891 kinderen

5.3 Aanschrijven van de onderzoeksgroep

5.3.1 Benadering van de scholen/instituten en screening

In Nederland bestaat geen centrale registratie van dove kinderen. Om de onderzoeksgroep te kunnen benaderen, is in september 1993 medewerking gevraagd aan de directies van alle dovenscholen en van alle scholen voor slechthorende kinderen (zie Bijlage G). Er vond een centrale bespreking met laatstgenoemden plaats en bij afzonderlijke directies is het onderzoek toegelicht. Daarnaast vond overleg plaats met de landelijke ouderverenigingen, dat uitmondde in medewerking van de FOSS (Federatie van Ouders van Slechthorende kinderen en kinderen met Spraak- en taalmoeilijkheden), en met enkele ouderraden.

De screening van de kinderen, op basis van de criteria voor de onderzoeksgroep, is voor zover wij konden nagaan uitgevoerd door de schoolpsychologen, de audiologen (werkzaam aan een Audiologisch Centrum waarmee de school een samenwerkingsverband had) of door de directie zelf. Verder is de schooldirecties gevraagd om, na toestemming van de ouders, enige informatie over de dove kinderen te (laten) verstrekken. Het ging onder meer om informatie van de leerkracht, van de schoolpsycholoog, van de audioloog, van de schoolleider en van de groepsleiding en de psycholoog/orthopedagoog van (semi-)residentiële centra. In alle gevallen is benadrukt dat informatie vertrouwelijk en anoniem behandeld zou worden. In sommige gevallen boden de scholen/instituten gedeeltelijke medewerking (screening van kinderen), in andere boden zij volledige medewerking (screening van kinderen en informatieverstrekking).

5.3.2 Benadering van de ouders

In alle gevallen zijn de ouders aangeschreven met een brief van de betreffende schooldirectie en met een brief van onze kant (en in een aantal gevallen een brief van de FOSS). In onze brief aan de ouders zijn het doel van het onderzoek en de procedures omschreven. Kort na deze brief heeft met alle ouders een telefoongesprek plaatsgevonden, waarin het onderzoek is toegelicht. Indien ouders niet thuis waren, werd op een ander tijdstip nog eens gebeld. De duur van de telefoongesprekken varieerde van 5 tot 30 minuten (in enkele gevallen zelfs een uur). Ouders die telefonisch niet bereikbaar waren (geen telefoonaansluiting of geheim telefoonnummer), werd nogmaals een brief gestuurd waarin gevraagd werd te bellen of is het contact uitsluitend schriftelijk verlopen. Dove ouders werden gebeld met behulp van de VISICOM (telefoon met beeldscherm).

5.4 Afnameprocedure

Tijdens de afnameprocedure is aan de ouders op twee momenten informatie gevraagd. De eerste keer betrof het vragenlijsten die aan ouders toegestuurd zijn (zie 5.4.1) en de tweede ronde bestond uit een thuisinterview (zie 5.4.2.2). Hieronder wordt daar nader op ingegaan.

5.4.1 Toegestuurde vragenlijsten

Voorafgaand aan het interview (zie 5.4.2) zijn aan de ouders en de bijbehorende instructies toegezonden. De ouders is verzocht de lijsten zelfstandig in te vullen voordat de interviewer langs zou komen (met het oog op een efficiënte afwikkeling van het interview). Slechts in enkele gevallen is dat niet gelukt. De reden die daarvoor opgegeven werd, was steeds dat 'het er niet van gekomen is'. Tijdens het interview zijn de vragenlijsten alsnog ingevuld.

5.4.2 Procedure van het interview

5.4.2.1 Interviewers

Ongeveer een jaar voor de planning van de afname van de interviews zijn studenten en recent afgestudeerden aan een faculteit voor kinderstudies (Pedagogische

Wetenschappen, Psychologie) van de Rijksuniversiteit te Groningen, de Vrije Universiteit te Amsterdam, de Rijksuniversiteit te Utrecht, de Rijksuniversiteit te Leiden, de Katholieke Universiteit te Nijmegen en de Erasmus Universiteit te Rotterdam geworven. In bijeenkomsten zijn enige bekwaamheden met betrekking tot het interview geoefend. Hiervoor is ook een Handleiding Thuisinterviews geschreven (Van Eldik, 1994c).

Nadat met de ouders een afspraak voor een interview was gemaakt, werden de interviewers daarvan op de hoogte gesteld. In een aantal gevallen hebben interviewers zelf telefonische afspraken met de ouders over het tijdstip van het interview gemaakt. De gegevens zijn door dataverwerkers (eveneens studenten en afgestudeerden) in de computer ingevoerd.

5.4.2.2 Thuisinterview

De interviews zijn door (vrouwelijke) interviewers afgenomen in de periode van september 1994 tot januari 1995. De interviewprocedure is uitvoerig beschreven in de Handleiding Thuisinterviews (Van Eldik, 1994c).

De interviewers hebben navraag gedaan naar de invulling van de toegestuurde vragenlijsten (zie 5.4.1) alvorens nieuwe vragenlijsten aan te bieden. Voor zover beide ouders aanwezig waren en zij daartoe bereid waren, zijn deze lijsten door hen apart ingevuld. De interviewer zag er dan op toe dat het invullen afzonderlijk van elkaar gebeurde. Als de ouders de vragenlijsten niet apart wilden invullen, is dit gezamenlijk gedaan. In eenoudergezinnen en in gezinnen waar alleen de vader of moeder aanwezig was, heeft de betreffende opvoeder de vragenlijsten ingevuld. Voor zover mogelijk zijn alle lijsten door de interviewer gecontroleerd, waardoor eventuele niet-ingevulde vragen alsnog beantwoord konden worden. Verder heeft de interviewer de ouders formeel om toestemming gevraagd om informatie over het kind in te winnen op de betreffende school.

Met uitzondering van enkele gevallen is van een thuisinterview in strikte zin geen sprake geweest. Gezien de eenvoudige instructies bij de vragenlijsten was het voor de ouders goed mogelijk deze zelfstandig in te vullen. De duur van de thuisinterviews varieerde van anderhalf tot drie uur. De ouders ontvingen na medewerking een cadeaubon. Na afloop is de ouders gezegd dat zij te allen tijde met ons contact konden opnemen naar aanleiding van het onderzoek. Een aantal heeft daarvan gebruik gemaakt.

5.5 Medewerking van de scholen/instituten

Van de vijf dovenscholen die benaderd zijn (zie Bijlage G), hebben twee volledige medewerking verleend, te weten het Instituut voor Doven Effatha te Voorburg en het Koninklijk Instituut voor Doven H.D.Guyot te Haren (Gr.). Drie dovenscholen, -instituten hebben geen medewerking verleend. De voornaamste redenen daarvoor waren lopende onderzoeken en de verwachte tijdsinvestering. Van 20 van de 40 scholen voor slechthorende kinderen (zie Bijlage G) zijn kinderen in de onderzoeksgroep opgenomen. De overige 20 schooldirecties hadden uiteenlopende redenen om niet óf deels mee te werken: drie directies weigerden alle medewerking zonder nadere opgave; negen directies wilden uitsluitend een indicatie geven van de omvang van de beoogde populatie (maar wilden de ouders niet aanschrijven vanwege niet gespecificeerde redenen, de tijdsinvestering, voorkeur voor, respectievelijk deelname aan ander onderzoek) en acht directies deelden mee dat aan hun school geen criteria-kinderen onderwijs volgden.

5.5.1 Respondenten

In deze paragraaf wordt ingegaan op de omvang van de respons van de twee dovenscholen, de 20 slechthorendenscholen en op de medewerking van de ouders.

Het doveninstituut Effatha telde op peildatum 1 oktober 1994 194 enkelvoudig gehandicapte dove kinderen die aan de omschrijving van de doelpopulatie voldeden. Van 175 kinderen is informatie verkregen die voor analyse geschikt was (respons 90.2%). Van het Koninklijk Instituut voor Doven H.D.Guyot zijn 96 ouders met een enkelvoudig gehandicapt kind aangeschreven. De ouders van 34 kinderen hebben aan het onderzoek medewerking verleend (respons 35.4%). Vijf van deze 34 kinderen bleken niet te voldoen aan het criterium doofheid. Gezien de lage respons en de grote verschillen tussen de groep respondenten en de non-respondenten, zijn de kinderen van dit Instituut buiten het onderzoek gelaten (zie verder 5.5.2).

De populatie van de dovenschool, 175 dove kinderen, kwam daarmee op bijna 24% (175/738) van de totale populatie kinderen aan dovenscholen.

Van de slechthorendenscholen zijn 165 ouder benaderd van de 205 (volgens opgave van de directies en de gemaakte schatting; zie Bijlage G). Van hen werkten 111 ouders mee (respons 67.3%). Na eigen screening van de 111 kinderen zijn nog eens 48 kinderen buiten het onderzoek gelaten. Redenen hiervoor waren dat kinderen in de periode juist voorafgaande aan de interviews naar het reguliere onderwijs overgegaan waren (10 kinderen), dat kinderen onderwijs volgden aan een

van de drie doveninstituten die geen medewerking hadden gegeven (3 kinderen), en dat kinderen niet aan het criterium doof voldeden (35 kinderen). De groep enkelvoudig gehandicapte dove kinderen van de slechthorendenscholen telde uiteindelijk 63 kinderen. Afgezet tegen de betreffende totale populatie, 153 dove kinderen, is de feitelijke respons ruim 41%.

5.5.2 Non-respondenten

Algemeen wordt aangenomen dat non-respondenten zich vaak in ongunstige zin onderscheiden van degenen die wel meedoen aan onderzoek. Daarmee is de kans dat de problemen onder de non-respondenten relatief ernstiger zijn ook groter (Robins, 1980; Koning & Tremonti, 1985; Verhulst, 1985). Om deze reden is nagegaan of de non-respondenten van de respondenten afweken. Enkele basiskkenmerken van kinderen en ouders dienden daarbij als referentie.

Van het Instituut Effatha waren de non-respondenten dertien jongens en zes meisjes. Dertien van hen vielen in de leeftijdsrange 4 tot 11 jaar en zes van hen hadden een leeftijd tussen 12 en 18 jaar. Verder bleken vijf kinderen in de semi-residentiële setting opgenomen en vijf kinderen uit een eenoudergezin te komen. Voorts waren er drie gezinnen met elk twee dove kinderen in deze groep. Er waren vier stel ouders, waarvan een met twee dove kinderen, die zelf gehoorproblemen hadden.

Van het Instituut H.D.Guyot was het percentage non-respondenten 64,6%. Om inzicht in deze groep te verkrijgen, is overleg gevoerd met de psycholoog van dat doveninstituut. Van de non-respondenten konden geen cijfers verstrekt worden betreffende leeftijd en geslacht. Wel kon worden vastgesteld dat van de non-respondenten een onevenredig groot aantal kinderen in de semi-residentiële setting opgenomen was en onderwijs volgde binnen de MG-afdeling. Na een globale screening van de respondenten concludeerde de psycholoog bovendien dat "ouders van met name 'probleemkinderen' medewerking hebben geweigerd". Op basis van deze bevindingen werd de kans, dat de groep kinderen van dat doveninstituut de onderzoeksresultaten eenzijdig zou beïnvloeden, te groot geacht. Om deze reden werden die kinderen niet in het onderzoek opgenomen.

Van de totale populatie dove kinderen van slechthorendenscholen heeft circa 62% geen medewerking verleend. Exacte gegevens over deze groep zijn niet bekend. Hoewel in algemene zin ook aangenomen moet worden dat de non-respondenten van de slechthorendenscholen 'minder goed' dan de respondenten zullen functioneren, zijn hierbij wel enige opmerkingen te maken. Zowel de 38% respondenten als de 62% non-respondenten komen van meerdere slechthorendenscholen, geografisch over heel Nederland verspreid. Het is

aannemelijk dat de non-respondenten en de respondenten wat betreft de sociale achtergrond (woongebied, sociaal-economische status, godsdienstige achtergrond) zich niet noemenswaardig onderscheiden. Ook wat betreft de communicatiemethode is er geen aanleiding te veronderstellen dat de non-respondenten en respondenten onderling verschillen: aan alle slechthorendenscholen wordt in belangrijke mate (via) de 'orale methode' gedoceerd. Verder waren er geen signalen die erop duiden dat de non-respondenten van de slechthorendenscholen zich negatief zouden onderscheiden van de respondenten, in de zin dat zich onder hen meer 'probleemkinderen' zouden bevinden.

5.5.3 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep omvat dove kinderen van het doveninstituut Effatha (in het vervolg aangeduid met DS-kinderen) en van de slechthorendenscholen (in het vervolg aangeduid met SHS-kinderen). In dit onderzoek worden de onderzoeksresultaten van zowel de DS-kinderen en SHS-kinderen gezamenlijk, in het vervolg aangeduid als DSSHS-kinderen, als van de twee afzonderlijke groepen weergegeven. Om deze reden worden hierna eerst enkele achtergrondgegevens besproken van de DSSHS-kinderen en daarna wordt ingaan op de twee onderscheiden groepen.

5.5.3.1 Achtergrondgegevens van de DSSHS-kinderen

De DSSHS-groep telt 238 kinderen, waarvan 138 jongens (58.0%) en 100 meisjes (42.0%). De groep jongens is conform gegevens van de totale dovenpopulatie oververtegenwoordigd (54% versus 46%; zie De Graaf, e.a., 1997). Alle kinderen van de DSSHS-groep hebben een leeftijd tussen 4 en 18 jaar. De gemiddelde leeftijd van de jongens en meisjes was respectievelijk 10.8 jaar (s.d.=4.2) en 11.9 jaar (s.d.=4.2) (geen significant verschil). De gemiddelde leeftijd voor de gehele groep was 11.2 jaar (s.d.= 4.2). De range van het gehoorverlies van de DSSHS-groep was van 90 dB tot 120 dB of meer (bij 500-1000-2000-4000 Hz), met een gemiddelde rondom 105 dB (s.d.= 8.5). De gemiddelde SES was met 3.6 (s.d.= 1.69) net iets boven gemiddeld op de zespuntsschaal van Van Westerlaak, Kropman en Collaris (1975). Alle kinderen, op zes na (Marokkaans, Turks, Spaans, Portugees, Duits en Roemeens), hadden de Nederlandse nationaliteit. Omdat de primaire opvoeders/ouders van deze kinderen zeer vernederlandst zijn, zijn deze kinderen in de onderzoeksgroep opgenomen. De etnische afkomst van de kinderen is 76.9% Nederlands en 23.1% niet-Nederlands (13.4% Surinaams en/ of Antilliaans, 9.7% anders) (zie ook 5.2.1). Wat de gezinssamenstelling betreft blijkt

dat bij 212 kinderen (89.1%) beide ouders aanwezig zijn, bij zestien kinderen (6.7%) de vader afwezig is en bij acht kinderen (3.4%) de moeder; bij één kind (0.4%) zijn beide ouders afwezig en bij één kind (0.4%) is de gezinssamenstelling onbekend. Voor meer informatie omtrent de achtergrondgegevens van de DSSHS-groep wordt naar de Bijlage A verwezen.

5.5.3.2 DS-kinderen versus de SHS-kinderen

Om een indruk te krijgen van eventuele invloeden op de onderzoeksresultaten, zijn de DS-groep en de SHS-groep op een aantal kenmerken met elkaar vergeleken. De DS-groep en de SHS-groep vormen respectievelijk 73.5% (175 kinderen) en 26.5% (63 kinderen) van de onderzoeksgroep. Op basis van uitgevoerde (2 geslacht x 2 leeftijdsgroepen) kruistabellen bleken geen significante geslachts- en leeftijdsverschillen tussen de DS-groep en de SHS-groep. De SES verschilde wel (t -test; $t=-2.47$, $p\leq .01$): de ouders van de DS-kinderen ($gem.=3.42$, $s.d.=1.71$) hadden een lagere SES dan de ouders van de SHS-kinderen ($gem.=4.03$, $s.d.=1.57$). Ook de etnische afkomst van de DS-kinderen en de SHS-kinderen verschilde: de DS-kinderen hadden vaker een niet-Nederlandse achtergrond (28.0%) dan de SHS-kinderen (9.5%) (2x2 kruistabel; $p\leq .01$). Van de DS-kinderen was 38.3% en van de SHS-kinderen slechts 3.2% opgenomen in een (semi-)residentiële setting (significants verschil; 2x2 kruistabel, $p\leq .000$). Het hoge percentage opgenomen DS-kinderen binnen het doveninstituut is voor een deel verklaarbaar omdat het doveninstituut een regionale voorziening is. Afstandsproblemen tussen thuis en school zijn dikwijls een reden voor doordeweeks verblijf in de zorgsetting. Cijfers van het Instituut H.D.Guyot te Haren laten een overeenkomstig beeld zien wat betreft percentage thuiswonende kinderen en opgenomen kinderen (respectievelijk 65% en 35%). In Hoofdstuk 9 wordt hierop teruggekomen.

5.5.4 Representativiteit van de onderzoeksgroep

Om een antwoord te krijgen op de vraag naar de representativiteit van de onderzoeksgroep wordt ingegaan op twee vragen: (1) hoe representatief is de DS-groep voor de Effatha-populatie en de SHS-groep voor de populatie van de slechthorendenscholen en (2) hoe representatief is de DS-groep voor de totale populatie van de doveninstituten en de SHS-groep voor de totale populatie aan slechthorendenscholen.

Duidelijk is dat de onderzochte DS-groep en SHS-groep niet representatief zijn voor de totale dovenpopulatie van de betreffende scholen omdat diverse groepen

kinderen uitgesloten zijn (zie 5.2.1). Om die reden is vooral de vraag omtrent de representativiteit van de onderzoeksgroep in het kader van de populatie enkelvoudig gehandicapte dove kinderen van belang.

5.5.4.1 Representativiteit van de DS-kinderen

De eerste vraag betreft de representativiteit van de DS-groep voor het doveninstituut Effatha. Per 1 oktober 1994 verbleven aldaar 345 kinderen. Daarvan zijn in dit onderzoek 194 kinderen benaderd. De overige kinderen beantwoordden niet aan de criteria van de doelpopulatie, met name kinderen van Marokkaanse of Turkse afkomst, kinderen die jonger waren dan vier jaar en ouder dan achttien jaar, kinderen met ernstige intellectuele problemen en aanpassingsproblemen en kinderen met pervasieve ontwikkelingsstoornissen (zie Hoofdstuk 1). De DS-groep in dit onderzoek is dus niet representatief voor de totale Effatha-populatie. Wel is aannemelijk dat, met een respons van ruim 90%, de DS-groep in dit onderzoek representatief is voor de enkelvoudig gehandicapte doven van de Effatha-populatie. De non-respondenten wijken bovendien niet noemenswaardige af van de respondenten (zie 5.5.2).

De tweede vraag, over de representativiteit van de DS-groep voor de totale dovenpopulatie aan de dovenscholen, is moeilijker te beantwoorden omdat er geen inzage mogelijk was in de gegevens van de andere doveninstituten. Deze kennen, evenals Effatha, het probleem van de verscheidenheid in onder meer de populatie (culturele achtergronden, nevenstoornissen), de werkmethoden (communicatie methoden, schoolorganisatie en behandelingssetting) en de levensbeschouwing (zie Hoofdstuk 1). Het lijkt aannemelijk dat de DS-groep in dit onderzoek niet wezenlijk afwijkt van de populaties van de overige doveninstituten. Op grond daarvan wordt de DS-groep (redelijk tot goed) representatief geacht voor de populatie enkelvoudig gehandicapte dove kinderen binnen de doveninstituten in Nederland.

5.5.4.2 Representativiteit van de SHS-kinderen

Wat betreft de eerste vraag omtrent de representativiteit, is het duidelijk dat de SHS-kinderen in dit onderzoek niet voor de totale populatie dove kinderen van elk van de slechthorendenscholen model kunnen staan. De belangrijkste reden is dat deze scholen ook door kinderen met aanmerkelijk minder grote gehoorverliezen dan 90 decibel bezocht worden. Uit literatuur is bekend dat slechthorende kinderen als een aparte groep beschouwd kunnen worden. Uitgaande van de criteria van de doelpopulatie, de enkelvoudig gehandicapte dove kinderen, blijkt dat van de

slechthorendenscholen die geparticipeerd hebben in dit onderzoek zo goed als alle kinderen medewerking hebben verleend. In deze zin zijn de subgroepen SHS-kinderen wél representatief voor elk van de deelnemende slechthorendenscholen.

Ten aanzien van de vraag naar de representativiteit van de SHS-groep voor de totale dovenpopulatie van slechthorendenscholen, kan teruggevallen worden op de schatting dat 42% van deze populatie benaderd is (zie Bijlage G). Dit is een betrekkelijk hoog percentage. Bovendien volgen de SHS-kinderen onderwijs aan scholen die geografisch over geheel Nederland verspreid liggen. Om deze redenen zijn de SHS-kinderen een goede afspiegeling van de totale populatie dove kinderen van slechthorendenscholen.

5.6 Samenvatting

In Hoofdstuk 5 is de onderzoeksgroep, aangeduid als de DSSHS-groep, nader onder de loep genomen. Op basis van de vooraf gestelde criteria is deze groep te omschrijven als de enkelvoudig gehandicapte dove kinderen. Dit ter onderscheiding van de meervoudig gehandicapte dove kinderen: dove kinderen met ernstige stoornissen naast de doofheid. Deze laatste groep werd buiten het onderzoek gelaten. In dit onderzoek is de doelpopulatie beperkt tot de groep van enkelvoudig gehandicapte dove kinderen vanwege het streven naar homogeniteit en wens aan te sluiten bij de bestaande onderzoeksliteratuur op dit gebied. Op basis van gegevens en schattingen betreffende de doelpopulatie kwam de potentiële doelpopulatie enkelvoudige dove kinderen op circa 891 kinderen. Van deze groep waren circa 738 kinderen te lokaliseren op dovenscholen; 153 van hen bezochten scholen voor slechthorende kinderen. Van de vijf dovenscholen hebben twee medewerking verleend aan het onderzoek. Vanwege het feit dat in één dovenschool niet-representatieve gegevens zijn verzameld, is de medewerking uit het werkveld van het dovenonderwijs beperkt tot één school, te weten het Instituut voor dove kinderen Effatha te Voorburg/Zoetermeer. Van 20 van de 40 scholen/instituten voor slechthorende kinderen zijn daadwerkelijk kinderen opgenomen in dit onderzoek. Ouders zijn via de scholen/instituten benaderd om medewerking te verlenen aan het onderzoek. Na toestemming zijn hun vragenlijsten toegestuurd. Tevens heeft een thuisinterview plaatsgevonden in de periode september 1994 - januari 1995. De omvang van de doelpopulatie op de dovenschool bedroeg 194 kinderen. Van hen werkten 175 ouders mee. De respons kwam daarmee op 90,2 %. De omvang van de doelpopulatie in het onderwijs aan slechthorenden was gesteld op 150 kinderen. Van hen werkten 63 kinderen mee. De respons van de slechthorendenscholen kwam daarmee op 42%.

Wat betreft de non-respondenten van het Instituut voor Doven Effatha bestaat de indruk dat in ongeveer de helft van de gevallen (negen van de negentien) vanwege kindproblemen en/of problemen in het gezin medewerking is geweigerd. Ten aanzien van de SHS-populatie is er geen aanleiding te veronderstellen dat de non-respondenten zich in negatieve zin zouden onderscheiden van de respondenten.

Er is uitgebreid aandacht besteed aan de vraag over de representativiteit van de DSSHS-groep. De conclusie was dat er geen aanwijsbare reden is aan de representatieve status van de onderzochte populatie, de enkelvoudig gehandicapte dove kinderen, te twijfelen. De onderzochte DSSHS-kinderen zijn niet representatief voor de totale dovenpopulatie.

Hoofdstuk 6

Resultaten: emotionele problemen en gedragsproblemen

6.1 Inleiding

In Hoofdstuk 6 wordt ingegaan op de eerste onderzoeksvraag. Het betreft in hoofdzaak de descriptieve gegevens over het emotionele en gedragsmatige functioneren van dove kinderen, hierna ook wel aangeduid als 'kindfunctioneren'. Eerst volgt een korte beschrijving van de inventarisatie. Daarna worden de onderzoeksresultaten weergegeven, waarbij de gegevens van de algemene bevolkingsgroep als referentie dienen (normatief ontwikkelingsperspectief). Verder wordt ingegaan op de verbanden tussen de acht demografische/ diagnostische kenmerken en het kindfunctioneren. Hoofdstuk 6 wordt afgesloten met een samenvatting.

6.2 Inventarisatie

Gegevens over het emotionele en gedragsmatige functioneren werden verzameld met behulp van de Nederlandse versie (Verhulst e.a., 1996) van de Amerikaanse Child Behavior Checklist (CBCL) van Achenbach (1991). Deze vragenlijst werd ingevuld door moeders en/of vaders. In vijf gevallen (2.9%) werd de lijst ingevuld door de groepsleiding van kinderen die in een 24-uurs zorgsetting waren opgenomen en nauwelijks contact hadden met hun ouders. Deze vijf kinderen zijn in dit onderzoek betrokken omdat juist bij hen sprake kon zijn van emotionele problemen en gedragsproblemen. Het feit dat verschillende beoordelaars uiteenlopende percepties van het gedrag van kinderen kunnen hebben (Meijer & Veerman, 1989; Achenbach, e.a., 1987) werd van minder belang gevonden gezien het geringe aantal van vijf kinderen. Een eventuele invloed vanwege beoordelaarsvariatie zou daardoor beperkt blijven.

De onderzoeksgroep als geheel, de kinderen die de dovenschool en de slechthorendenschool bezoeken tezamen, zal hierna als de DSSHS-groep aangeduid worden. Daarbinnen zijn onderscheiden de DS-groep, de kinderen die de dovenschool bezochten, en de SHS-groep, de dove kinderen die een slechthorendenschool bezochten. In tabel 6.1 is een overzicht van de informanten, voor de drie groepen gegeven.

Tabel 6.1. Overzicht informanten CBCL-gegevens voor de DSSHS-groep, de DS-groep en de SHS-groep.

Informanten	DSSHS-groep		DS-groep		SHS-groep	
	N	%	N	%	N	%
Moeders	220	92.4	158	90.3	62	98.4
Vaders	11	4.6	10	5.7	1	1.6
Beiden	2	0.8	2	1.1	0	0.0
Groepsleiding	5	2.1	5	2.9	0	0.0
Totaal	238	100	175	100	63	100

Eerder is vermeld dat de CBCL uit twee gedeelten bestaat: een competentiegedeelte en een gedragsgedeelte (zie 4.4.1). Hier zijn alleen de uitkomsten van het gedragsgedeelte (120 items) weergegeven. Dit gedeelte van de CBCL kent vier niveaus van uitkomsten: (1) de Totale Probleemscore, als globale index voor de mate van problemen, (2) scores op de hoofddimensies Internaliseren (gedrag waar iemand zelf last van ondervindt) en Externaliseren (gedrag waar anderen last van hebben), die een eerste indicatie van de aard van de problemen geven, (3) scores op de individuele probleemschalen, als nadere specificatie van de aard van de problemen en (4) de itemscores, die de specifieke probleemgedragingen beschrijven. De uitkomsten op deze vier niveaus komen hierna aan de orde. Bij de analyses van de CBCL-data is gebruik gemaakt van de CBCL-revisie 1991 (Achenbach, 1991) en de Nederlandse gegevens van Verhulst, e.a. (1996). Er worden vier groepen onderscheiden, te weten jongens en meisjes van 4-11 jaar en 12-18 jaar.

6.3 Vergelijking DSSHS-groep met algemene bevolkingsgroep

6.3.1 Probleemscores

De vergelijkingen tussen de DSSHS-groep en de algemene bevolkingsgroep betreffen de ruwe scores van de CBCL-schalen. Bij de vergelijkingen is de DSSHS-groep als geheel genomen, omdat de probleemscores van de DS-groep en

de SHS-groep niet significant van elkaar verschilden (zie Bijlage B1). De probleemscores zijn berekend voor de vier groepen: jongens en meisjes van 4-11 jaar en 12-18 jaar. T-tests zijn uitgevoerd om gemiddelde scores voor de DSSHS-groep en de algemene bevolkingsgroep te vergelijken. Er is een significantieniveau van 1% ($p \leq .01$) gehanteerd (zie 4.6). In de tabellen 6.2-6.5 staan de resultaten vermeld. De vermelde 'Normative Effect Sizes' (NES, zie Durlak, Fuhrman & Lampman, 1991; Ten Brink & Veerman, 1997), ofwel normatieve effectgroottes, geven de omvang van de verschillen tussen de DSSHS-groep en de algemene bevolkingsgroep weer. De NES wordt berekend door van de gevonden ruwe score van de DSSHS-groep, per schaal en per subgroep, het gemiddelde van de algemene bevolkingsgroep af te trekken. Vervolgens wordt het verschil gedeeld door de standaardafwijking van de algemene bevolkingsgroep. De op deze wijze berekende NES geeft dus in eenheden van een standaarddeviatie weer hoe sterk de afwijking van de gevonden score ten opzichte van de normscore is. De berekening van de NES komt overeen met die van Effect Sizes (ES, zie Cohen, 1988). De toevoeging Normative is vanwege de vergelijking die gemaakt wordt tussen gevonden scores en die van een normgroep. In dit onderzoek wordt de beoordeling van effectgroottes van Cohen (1988) aangehouden: een effectgrootte vanaf 0.20 wordt als gering, vanaf 0.50 als matig en vanaf 0.80 als groot beschouwd (zie ook Ten Brink & Veerman, 1997).

Tabel 6.2. T-tests: gemiddelde ruwe probleemscores van de DSSHS-groep en de algemene bevolkingsgroep, jongens 4-11 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-groep N = 81		Bevolkingsgroep N = 623		NES	t	p
	gem.	s.d.	gem.	s.d.			
Totale Problemen	31.04	17.89	22.48	15.24	0.56	4.66	**
Internaliseren	6.47	5.61	4.84	4.72	0.35	2.86	*
Externaliseren	12.57	7.52	8.57	6.65	0.60	5.01	**
Teruggetrokken	2.46	2.38	1.70	1.83	0.42	3.39	**
Lichamelijke Klachten	0.94	1.48	0.77	1.23	0.14	1.14	
Angstig/Depressief	3.21	3.45	2.46	3.04	0.25	2.06	
Sociale Problemen	2.52	2.47	1.48	1.96	0.53	4.35	**
Denkproblemen	0.89	1.14	0.45	0.92	0.48	3.93	**
Aandachtsproblemen	4.30	2.76	3.48	3.06	0.27	2.29	
Delinquent Gedrag	1.84	1.65	1.34	1.47	0.34	2.84	*
Agressief Gedrag	10.73	6.34	7.24	5.65	0.62	5.15	**
Sexproblemen	0.20	0.62	0.19	0.57	0.02	0.15	

* $p \leq .01$ ** $p \leq .001$

Uit tabel 6.2 is af te lezen dat bij DSSHS-jongens 4-11 jaar op acht van de twaalf probleemschalen sprake was van een significant hogere gemiddelde score. De gemiddelde Totale Probleemscore lag bij de DSSHS-jongens 4-11 jaar bijna anderhalf keer zo hoog (ruim een halve standaarddeviatie hoger) dan bij de algemene bevolkingsgroep. Geen significante verschillen werden gevonden voor de schalen Lichamelijke Klachten, Angstig/Depressief, Aandachtsproblemen en

Sexproblemen. Volgens Cohen's (1988) criteria voor effectgroottes was geen enkel verschil tussen de gemiddelde schaalscores bij de DSSHS-jongens 4-11 jaar en de algemene bevolkingsgroep groot. Bij de schalen Totale Problemen, Externaliseren, Sociale Problemen en Agressief Gedrag waren de verschillen matig. De grootste afwijking was voor Agressief Gedrag.

Tabel 6.3. T-tests: gemiddelde ruwe problemscores van de DSSHS-groep en de algemene bevolkingsgroep, jongens 12-18 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-groep N = 57		Bevolkingsgroep N = 493		NES	t	p
	gem.	s.d.	gem.	s.d.			
Totale Problemen	31.25	22.94	20.10	16.47	0.68	4.62	**
Internaliseren	8.14	6.51	5.71	5.67	0.43	3.01	*
Externaliseren	11.53	9.91	7.05	7.05	0.64	4.33	**
Teruggetrokken	2.95	2.70	2.19	2.50	0.30	2.15	
Lichamelijke Klachten	0.86	1.13	0.94	1.36	-0.06	-0.43	
Angstig/Depressief	4.54	4.18	2.72	3.30	0.55	3.83	**
Sociale Problemen	3.16	3.14	1.27	1.84	1.03	6.72	**
Denkproblemen	1.32	1.81	0.41	0.96	0.95	6.03	**
Aandachtsproblemen	5.49	3.97	3.77	3.26	0.53	3.68	**
Delinquent Gedrag	2.16	2.83	1.76	2.34	0.17	1.19	
Agressief Gedrag	9.37	7.53	5.29	5.30	.077	5.24	**
Sexproblemen	--	--	--	--	--	--	--

* $p \leq .01$ ** $p \leq .001$

Uit tabel 6.3 blijkt dat DSSHS-jongens 12-18 jaar op acht van de elf problemschalen een significant hogere gemiddelde score hadden dan de algemene bevolkingsgroep. De gemiddelde Totale Problemscore was bij de DSSHS-jongens 12-18 jaar anderhalf keer zo hoog (ruim een halve standaarddeviatie hoger). Geen verschillen tussen beide groepen werden gevonden voor de schalen Teruggetrokken, Lichamelijke Klachten en Delinquent Gedrag. Volgens Cohen's (1988) criteria voor effectgroottes, was bij twee schalen sprake van een groot effect, te weten Sociale Problemen ($NES=1.03$) en Denkproblemen ($NES = 0.95$). De afwijking bij de schaal Agressief Gedrag ($NES=0.77$) benaderde de waarde van een groot effect. Bij de schalen Totale Problemen, Externaliseren, Angstig/Depressief en Aandachtsproblemen waren de verschillen matig.

Uit tabel 6.4 blijkt dat de DSSHS-meisjes 4-11 jaar op zeven van de twaalf problemschalen een significant hogere gemiddelde score hadden dan de algemene bevolkingsgroep. De gemiddelde Totale Problemscore lag bij de DSSHS-meisjes 4-11 jaar anderhalf keer hoger (ruim een halve standaarddeviatie hoger) dan bij de algemene bevolkingsgroep. Geen verschillen tussen beide groepen kwamen naar voren op de schalen Lichamelijke Klachten, Angstig/Depressief, Denkproblemen, Delinquent Gedrag en Sexproblemen. Volgens Cohen's (1988) criteria voor effectgroottes, was het verschil bij Agressief Gedrag ($NES=0.88$) groot. Bij de

schalen Totale Problemen, Externaliseren, Sociale Problemen en Aandachtsproblemen waren de verschillen matig.

Tabel 6.4. T-tests: gemiddelde ruwe problemscores van de DSSHS-groep en de algemene bevolkingsgroep, meisjes 4-11 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-groep N= 49		Bevolkingsgroep N=618		NES	t	p
	gem.	s.d.	gem.	s.d.			
Totale Problemen	29.67	16.49	19.97	16.14	0.60	4.04	**
Internaliseren	7.69	5.77	5.41	5.52	0.41	2.77	*
Externaliseren	10.65	6.69	6.24	5.85	0.75	5.02	**
Teruggetrokken	2.86	2.49	1.86	2.08	0.48	3.19	*
Lichamelijke Klachten	1.57	1.68	1.04	1.69	0.31	2.11	
Angstig/Depressief	3.51	3.48	2.62	3.20	0.28	1.86	
Sociale Problemen	2.43	2.16	1.27	1.79	0.65	4.30	**
Denkproblemen	0.90	1.45	0.50	1.13	0.35	2.33	
Aandachtsproblemen	3.94	2.77	2.57	2.68	0.51	3.44	**
Delinquent Gedrag	1.12	1.20	0.96	1.56	0.10	0.70	
Agressief Gedrag	9.53	6.07	5.29	4.82	0.88	5.81	**
Sexproblemen	0.24	0.56	0.16	0.67	0.12	0.81	
* p ≤ .01 ** p ≤ .001							

Tabel 6.5. T-tests: gemiddelde ruwe problemscores van de DSSHS-groep en de algemene bevolkingsgroep, meisjes 12-18 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-groep N= 51		Bevolkingsgroep N=493		NES	t	p
	gem.	s.d.	gem.	s.d.			
Totale Problemen	29.86	19.90	8.74	14.63	0.76	4.98	**
Internaliseren	10.47	7.27	6.49	5.95	0.67	4.45	**
Externaliseren	9.22	7.37	5.50	5.80	0.64	4.24	**
Teruggetrokken	3.20	2.64	2.17	2.34	0.44	2.96	*
Lichamelijke Klachten	1.86	1.93	1.41	1.87	0.24	1.63	
Angstig/Depressief	5.75	4.44	3.10	3.55	0.75	4.95	**
Sociale Problemen	3.16	2.97	1.19	1.63	1.21	7.46	**
Denkproblemen	0.73	0.96	0.46	0.97	0.28	1.89	
Aandachtsproblemen	4.16	3.15	2.85	2.63	0.50	3.32	**
Delinquent Gedrag	1.86	2.18	1.26	1.83	0.33	2.19	
Agressief Gedrag	7.35	5.77	4.24	4.54	0.69	4.53	**
Sexproblemen	-	-	-	-	-	-	-
* p ≤ .01 ** p ≤ .001							

Uit tabel 6.5 blijkt dat de DSSHS-meisjes 12-18 jaar op acht van de elf problemschalen een significant hogere gemiddelde score hadden dan de algemene bevolkingsgroep. De gemiddelde Totale Problemscore lag bij de DSSHS-meisjes 12-18 jaar ruim anderhalf keer zo hoog (driekwart standaarddeviatie hoger) dan bij de algemene bevolkingsgroep. De schalen Lichamelijke Klachten, Denkproblemen en Delinquent Gedrag lieten geen significante verschillen zien tussen beide

groepen. Volgens Cohen's (1988) criteria voor effectgroottes was bij Sociale Problemen het verschil groot (NES=1.21). Die bij de schaal Totale Problemen benaderde een groot effect (NES=0.76). Bij de schalen Externaliseren, Internaliseren, Angstig/Depressief en Agressief Gedrag waren de verschillen matig.

6.3.2 Borderline range en klinische range

Onderzocht is welk percentage DSSHS-kinderen enige probleemscore had in de borderline en de klinische range. Een score in de borderline range betekende dat sprake was van aanzienlijke problemen, een score in de klinische range duidde op ernstige problemen waarvoor zeker hulp geïndiceerd is. Om te bepalen of een score in de borderline of klinische range viel, zijn door Verhulst e.a. (1996) voor jongens en meisjes 4-11 jaar en 12-18 jaar afkappunten voor alle probleemscores vastgesteld. De scores voor Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren tussen het 82e en 90e percentiel liggen in de borderline range; de scores boven het 90e percentiel bevinden zich in de klinische range. Bij de probleemschalen liggen scores tussen het 95e en 98e percentiel in de borderline range en boven het 98e percentiel in de klinische range. In de analyses zijn de percentages DSSHS-kinderen en van de kinderen van de normgroepen met een score in de borderline range en de klinische range samengenomen, omdat voor beide ranges geldt dat de betreffende kinderen als 'problematisch' beschouwd moeten worden. Bovendien is in de DSSHS-groep de omvang per geslachts- en leeftijdsgroep relatief gering waardoor niet uit te sluiten is dat voor de onderscheiden ranges de uitkomsten teveel door het toeval bepaald zouden worden.

χ^2 -toetsen en Fisher-tests (bij lage celwaarden), op de ruwe aantallen, zijn uitgevoerd om verschillen tussen de DSSHS-groepen en de normgroepen na te gaan. In tabel 6.6 en 6.7 zijn de gegevens gepresenteerd, respectievelijk voor de jongens en de meisjes.

Uit tabel 6.6 blijkt dat er aanmerkelijke verschillen zijn in percentages tussen beide groepen DSSHS-jongens en de normgroepen jongens met probleemscores in de borderline range/klinische range. Zowel de DSSHS-jongens 4-11 jaar als de DSSHS-jongens 12-18 jaar hadden significant meer problemen wat betreft Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren, Sociale Problemen en Agressief Gedrag. Verder hadden de DSSHS-jongens 4-11 jaar op de schaal Teruggetrokken en de DSSHS-jongens 12-18 jaar op de probleemschalen Denkproblemen en Aandachtsproblemen significant vaker een probleemscore in de borderline/klinische range dan de normgroep.

Tabel 6.6. Percentages borderline en klinische range tezamen van de DSSHS-groep en de normgroep, jongens 4-11 jaar en jongens 12-18 jaar.

Probleemschalen	Jongens 4-11 jaar					Jongens 12-18 jaar				
	DSSHS-groep N=81		Normgroep N=579		p	DSSHS-groep N=57		Normgroep N=440		p
	BR/KR%	N	BR/KR%	N		BR/KR%	N	BR/KR%	N	
Totale Problemen	38	31	17	98	**	46	26	16	70	**
Internaliseren	32	26	17	98	*	39	22	17	75	**
Externaliseren	36	29	16	93	**	39	22	16	70	**
Teruggetrokken	12	10	4	23	*	9	5	4	18	
Lichamelijke Klachten	4	3	4	23		4	2	4	18	
Angstig/Depressief	11	9	5	29		16	9	5	22	
Sociale Problemen	14	11	4	23	*	32	18	5	22	**
Denkproblemen	9	7	4	23		25	14	3	13	**
Aandachtsproblemen	5	4	4	23		28	16	6	26	**
Delinquent Gedrag	10	8	6	35		16	9	5	22	
Agressief Gedrag	16	13	5	29	**	23	13	5	22	**
Sexproblemen	5	4	5	29		-	-	-	-	-

* p ≤ .01 ** p ≤ .001

Voor de DSSHS-meisjes waren de verschillen met de normgroep minder groot dan voor de DSSHS-jongens. De gegevens staan in tabel 6.7. De DSSHS-meisjes 4-11 jaar en 12-18 jaar hadden op de probleemschalen Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren vaker een probleemscore in de borderline/klinische range dan de normgroep. Verder hadden de DSSHS-meisjes 4-11 jaar op de schaal Agressief Gedrag en de DSSHS-meisjes 12-18 jaar op de schaal Sociale Problemen significant vaker een probleemscore in de borderline range/klinische range dan de normgroep.

Tabel 6.7. Percentages borderline en klinische range tezamen van de DSSHS-groep en de normgroep, meisjes 4-11 jaar en meisjes 12-18 jaar.

Probleemschalen	Meisjes 4-11 jaar					Meisjes 12-18 jaar				
	DSSHS-groep N=49		Normgroep N=593		p	DSSHS-groep N=51		Normgroep N=456		p
	BR/KR%	N	BR/KR%	N		BR/KR%	N	BR/KR%	N	
Totale Problemen	35	17	17	101	*	47	24	16	73	**
Internaliseren	39	19	17	101	**	45	23	16	73	**
Externaliseren	43	21	18	107	**	37	19	16	73	**
Teruggetrokken	8	4	5	30		16	8	5	23	
Lichamelijke Klachten	14	7	6	36		4	2	5	23	
Angstig/Depressief	8	4	6	36		18	9	6	28	
Sociale Problemen	14	7	4	24		29	15	3	14	**
Denkproblemen	12	6	4	24		8	4	3	14	
Aandachtsproblemen	10	5	4	24		12	6	5	23	
Delinquent Gedrag	6	3	4	24		14	7	5	23	
Agressief Gedrag	24	12	5	30	**	14	7	5	23	
Sexproblemen	6	3	3	18		-	-	-	-	-

* p ≤ .01 ** p ≤ .001

In Bijlage B2 zijn de percentages van de DS-kinderen en de SHS-kinderen die in de borderline en klinische range vielen, apart weergegeven. Daaruit komt naar voren dat er geen significante verschillen waren voor enige probleemschaal tussen deze groepen.

6.3.3 Individuele probleemitems

Wat betreft de individuele probleemitems is gekeken naar de gemiddelde scores van de DSSHS-groep en de algemene bevolkingsgroep. Voor een uitgebreid overzicht van de scores voor de twee geslachts- en vier leeftijdsgroepen, wordt verwezen naar Bijlage B4. Daar zijn gemiddelde scores van de probleemitems opgesplitst voor de DS-groep, de SHS-groep en de DSSHS-groep. De gemiddelde scores van de probleemitems verschilden niet significant tussen de DS-groepen en de SHS-groepen. In Bijlage B5 zijn de probleemitems waarvan de scores tussen de DSSHS-groepen en de algemene bevolkingsgroep significant afweken, weergegeven. In tabel 6.8 is een overzicht opgenomen van het aantal probleemitems waarvan de gemiddelde scores significant ($p \leq .01$) hoger waren in de DSSHS-groep dan in de algemene bevolkingsgroep. De probleemitems zijn hiertoe gegroepeerd naar type Internaliseren, Externaliseren en Andere problemen.

Tabel 6.8. Percentages en type probleemitems met een significant ($p \leq .01$) hogere score bij de DSSHS-kinderen dan bij de algemene bevolkingsgroep.

DSSHS-groep	Probleemitems		Internaliseren		Externaliseren		Internaliseren/ Externaliseren		Andere problemen	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Jongens 12-18	43	36	7	22	12	40	19	31	24	41
meisjes 12-18	41	34	15	47	10	33	25	40	16	28
jongens 4-11	38	32	10	31	15	50	25	40	13	22
meisjes 4-11	28	23	8	25	11	37	19	31	9	16

DSSHS-jongens 12-18 jaar en DSSHS-meisjes 12-18 jaar hadden een hogere gemiddelde score op respectievelijk 36% en 34% van het totaal aantal probleemitems dan de algemene bevolkingsgroepen. De DSSHS-meisjes 12-18 jaar en de DSSHS-jongens 4-11 jaar hadden hogere scores op 40% van de probleemitems van het type Internaliseren/Externaliseren. De DSSHS-jongens 12-18 jaar hadden op 41% van de probleemitems van het type Andere Problemen een hogere score dan de algemene bevolkingsgroep. Verder bleken de hoogste percentages probleemitems van het type Externaliseren bij de DSSHS-jongens 4-11 jaar en bij de DSSHS-jongens 12-18 jaar voor te komen. De DSSHS-meisjes 12-18 jaar hadden het hoogste aantal probleemitems van het type Internaliseren.

Voor twee probleemitems scoorde de DSSHS-groep significant ($p \leq .01$) lager dan de algemene bevolkingsgroep. De DSSHS-jongens 4-11 jaar scoorden lager op het probleemitem 90. Vloeken, schuttingtaal (type Externaliseren) en de DSSHS-meisjes 4-11 jaar scoorden lager op het probleemitem 83. Opsparen van dingen die hij/zij niet nodig heeft (type Andere Problemen).

6.4 DSSHS-groep: probleemscores en demografische/ diagnostische kenmerken

De samenhangen tussen het emotionele en gedragsmatige functioneren van de DSSHS-groep en de acht demografische en diagnostische kenmerken zijn onderzocht middels twee soorten analyses. Geslachts- en leeftijdseffecten zijn onderzocht met behulp van ANOVAs en Pearson correlaties en voor de overige kenmerken zijn Pearson correlaties uitgevoerd. Middels ANOVAs met een 2 (leeftijdsgroep 4-11 versus 12-18) x 2 (geslacht) factorieel design zijn in de DSSHS-groep de scores voor alle probleemschalen vergeleken.

De keuze voor deze ANOVAs werd mede ingegeven om reden dat de resultaten van de DSSHS-groep vergeleken konden worden met voorhanden gegevens van de algemene bevolkingsgroep (zie Verhulst, e.a., 1996). De analyses zijn uitgevoerd op de T-scores van alle probleemschalen.

Uit de uitgevoerde ANOVAs bleek geen enkel significant geslachts-, leeftijds- of interactie-effect in de DSSHS-groep. Dit verschilt aanmerkelijk van de gegevens van de algemene bevolkingsgroep waarin, behoudens enkele uitzonderingen, voor alle probleemschalen significante effecten gevonden werden. Opgemerkt moet worden dat het in die analyses ging om ANCOVAs (geslacht x leeftijd) met SES als covariaat. Dit kan de effectgroottes voor geslacht en leeftijd in de algemene bevolkingsgroep enigszins beïnvloed hebben.

Om na te gaan of er onderlinge verbanden bestonden voor de overige demografische/diagnostische kenmerken en de T-scores van de probleemschalen in de DSSHS-groep zijn Pearson correlaties berekend. In tabel 6.9 staan de gegevens vermeld. Er bleken weinig significante samenhangen voor te komen. Sexproblemen hingen significant samen met etnische afkomst. DSSHS-kinderen met een niet-Nederlandse achtergrond hadden hogere scores voor Sexproblemen. Leeftijd hing significant samen met Angstig/Depressief en Sociale Problemen. Oudere DSSHS-kinderen hadden de hoogste probleemscores. Het intelligentieniveau (hoog, midden en laag niveau) correleerde significant met Sociale Problemen, Denkproblemen en Aandachtsproblemen. De kinderen met het laagste intelligentieniveau hadden in alle gevallen de hoogste probleemscores.

Tabel 6.9. Correlaties van de demografische/diagnostische kenmerken en de ruwe probleem-scores van de DSSHS-groep.

Probleemschalen	etnische afkomst N=238	geslacht N=238	leeftijd N=238	intelligentie N=230	SES N=235	gehoorverlies N=238	communicatie N=234	schooltype N=238
Totale Problemen	0.13	0.03	-0.02	-0.11	-0.13	-0.04	-0.17*	0.00
Internaliseren	0.09	0.08	0.09	-0.12	-0.13	-0.06	-0.13	-0.05
Externaliseren	0.13	0.03	-0.09	-0.04	-0.08	-0.03	-0.13	0.03
Teruggetrokken	0.09	0.05	-0.07	-0.12	-0.09	-0.10	-0.13	-0.03
Lichamelijke Klachten	0.12	0.13	0.03	-0.06	-0.03	-0.01	-0.07	-0.07
Angstig/ Depressief	0.06	0.05	0.20*	-0.16	-0.13	-0.01	-0.09	-0.06
Sociale Problemen	0.08	0.04	0.16*	-0.22**	-0.03	-0.03	-0.16	0.01
Denkproblemen	0.14	-0.10	0.03	-0.20*	-0.05	-0.06	-0.11	0.05
Aandachtsproblemen	0.03	0.03	0.05	-0.24**	-0.02	0.02	-0.15	0.02
Delinquent Gedrag	0.04	0.00	-0.00	-0.09	-0.10	-0.00	-0.03	-0.06
Agressief Gedrag	0.14	0.02	-0.07	-0.05	-0.05	-0.04	-0.12	0.04
Sexproblemen@	0.22*	0.06	-0.11	-0.09	-0.06	-0.08	-0.00	0.02
* p ≤ .01 ** p ≤ .001								
@ Sexproblemen: alleen voor 4-11 jarige kinderen N=130								

Er bestond geen samenhang van geslacht, SES, gehoorverlies en schooltype met de probleemscores. De variabele communicatie tussen ouder en kind hing significant samen met Totale Problemen; bij een slechte communicatie hadden de DSSHS-kinderen hogere Totale Probleemscores.

6.5 DSSHS-groep: individuele probleemitems

De probleemitems van de DSSHS-groep zijn voor twee kenmerken, geslacht en leeftijd, nader bekeken. De reden hiervoor is dat de CBCL vier groepen kent, gebaseerd op beide kenmerken, namelijk jongens en meisjes van 4-11 en 12-18 jaar. Bovendien bood het de mogelijkheid om de resultaten van de DSSHS-groep te vergelijken met de algemene bevolkingsgroep. 2 (leeftijdsgroep 4-11 versus 12-18) x 2 (geslacht) ANOVAs zijn uitgevoerd teneinde effecten te onderzoeken. De meest in het oog springende resultaten staan vermeld in tabel 6.10.

Binnen de DSSHS-groep bleek voor 25 verschillende probleemitems een significant geslachts- en/of leeftijdseffect. Zeven probleemitems hadden een geslachtseffect, waarvan op vijf items DSSHS-jongens en op twee items DSSHS-meisjes hogere scores hadden. Voor negentien probleemitems bleek een leeftijdseffect. Er waren hogere scores voor jongere DSSHS-kinderen op negen items en voor oudere DSSHS-kinderen op tien probleemitems. De effectgroottes, volgens Cohen's (1988) criteria, waren voor het grootste deel matig (5.9-13.8% verklaarde variantie). Er werden geen interactie-effecten van geslacht en leeftijd gevonden in de DSSHS-groep. In tabel 6.10 is tevens middels een 'B' aangegeven voor welke probleemitems in de algemene bevolkingsgroep significante effecten gevonden zijn.

Er bleken grote verschillen tussen de DSSHS-groep en de algemene bevolkingsgroep. Slechts 25 probleemitems (20.8% van totaal aantal items) met significante geslachts- en/of leeftijdseffecten werden gevonden in de DSSHS-groep tegen 91 (75.8%) in de algemene bevolkingsgroep. In Bijlage B3 is een volledig overzicht opgenomen van de uitkomsten voor de uitgevoerde ANOVAs van alle probleemitems van de DSSHS-groep.

Tabel 6.10. Probleemitems: percentage verklaarde variantie voor significante effecten ($p \leq .01$) van Geslacht en Leeftijd in ANOVAs.

Probleemitems	Geslacht		Leeftijd		GxL	
	%	N#	%	N#	%	N#
1. Gedraagt zich te jong		B	4 O	B		
3. Allergie		B	3 J	B		B
4. Astma						
7. Opscheppen	8 j	B		B		
10. Over-actief		B		B		
12. Eenzaam voelen	9 m		3 O			
22. Thuis ongehoorzaam		B	5 J	B		
29. Bang voor dieren, situaties		B	5 J	B		B
33. Klaagt erover dat niemand van hem/haar houdt		B	7 O	B		
35. Voelt zich waardeloos			4 O	B		
36. Krijgt ongelukken		B	3 O	B		
37. Vecht veel	4 j	B		B		B
39. Gaat om met kinderen in moeilijkheden		B		B		
44. Nagelbijten				B		
51. Duizeligheid		B	4 O	B		B
54. Oververmoeid	4 m			B		
56c. Misselijkheid		B		B		
56g. Overgeven				B		
57. Valt anderen aan	3 j	B		B		
61. Slechte schoolresultaten		B		B		B
62. Onhandig		B	3 O			
66. Herhaalt handelingen						
68. Schreeuwt veel			4 J	B		
73. Sexuele problemen						
74. Raar/gek doen	6 j	B		B		
80. Lege blik						
96. Denkt te veel aan sex		B	3 O	B		
98. Duimzuigen		B	3 J	B		B
99. Netjes zijn		B				
101. Spijbelen			5 O	B		
104. Luidruchtig		B	5 J	B		B
105. Alcohol of drugs		B	4 O	B		B
106. Vandalisme	3 j	B		B		B
108. Bedplassen		B	7 J	B		
109. Dreinerig			5 J	B		
112. Zorgen maken			6 O	B		
Leeftijd: O oudere kinderen scoren hoger J jongere kinderen scoren hoger Geslacht: j jongens scoren hoger m meisjes scoren hoger #N significante effecten voor de normgroep						

6.6 Samenvatting

In Hoofdstuk 6 zijn de resultaten omtrent het emotionele en gedragsmatige functioneren van de (vier geslachts- en leeftijdsgroepen van de) DSSHS-kinderen weergegeven. De uitkomsten bij de DSSHS-kinderen, gebaseerd op de CBCL-data van de eerste opvoeder, zijn steeds vergeleken met de gegevens van de algemene bevolkingsgroep (normatief ontwikkelingsperspectief).

De DSSHS-kinderen hebben duidelijk hogere gemiddelde probleemscores dan horende kinderen. De Totale Probleemscore, de scores Internaliseren en Externaliseren waren in alle vier DSSHS-groepen ongeveer anderhalf maal zo hoog dan in de algemene bevolkingsgroepen. Bij alle DSSHS-kinderen waren de scores voor Sociale Problemen en Agressief Gedrag significant hoger dan bij de algemene bevolkingsgroepen. Op Lichamelijke Klachten en Sexproblemen bleken geen significante verschillen. Op de overige probleem schaalscores was het beeld gevarieerd. Gelet op de berekende Normative Effect Sizes bleken voor slechts een beperkt aantal probleemschalen de verschillen wat betreft de gemiddelde scores tussen de DSSHS-groepen en de algemene bevolkingsgroepen groot. Dit betrof Agressief Gedrag voor de DSSHS-meisjes 4-11 jaar, Sociale Problemen en Denkproblemen voor de DSSHS-jongens 12-18 jaar, en Sociale Problemen voor de DSSHS-meisjes 12-18 jaar.

De overall-prevalentie van emotionele problemen en gedragsproblemen, uitgedrukt met de Totale Probleemscore in de borderline/klinische range, was voor de DSSHS-groep met 41% bijna tweeënhalf keer zo hoog dan in de normgroep (gemiddeld 17%). Achtereenvolgens 38% bij de DSSHS-jongens 4-11 jaar, 46% bij de DSSHS-jongens 12-18 jaar, 35% bij de DSSHS-meisjes 4-11 jaar en 47% bij de DSSHS-meisjes 12-18 jaar. Voor alle DSSHS-kinderen lagen de prevalentiecijfers van Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren twee tot drie keer zo hoog dan in de normgroep. Ook de prevalentie van Sociale Problemen, met uitzondering van de DSSHS-meisjes 4-11 jaar, en van Agressief Gedrag, met uitzondering van de DSSHS-meisjes 12-18 jaar, was voor alle DSSHS-kinderen twee tot drie keer zo hoog dan in de normgroep.

De DSSHS-kinderen hadden op de meeste individuele probleemitems hogere scores dan de algemene bevolkingsgroepen. Dit betrof voornamelijk probleemitems van het type Externaliseren.

Er waren over het algemeen weinig significante correlaties tussen de scores van de probleemschalen en de demografische/diagnostische kenmerken. Er bleken geen geslachts- en leeftijdsverschillen. DSSHS-kinderen 4-11 jaar met een niet-Nederlandse afkomst hadden hogere scores op Sexproblemen. Oudere DSSHS-kinderen hadden hogere scores op Angstig/Depressief en Sociale Problemen. DSSHS-kinderen met een laag intelligentieniveau hadden hogere scores op Sociale Problemen, Denkproblemen en Aandachtsproblemen. Er werden geen verbanden tussen enerzijds geslacht, SES, gehoorverlies, communicatie tussen ouder en kind en schooltype en anderzijds scores op de probleemschalen gevonden. Bij 20.8% van de probleemitems werd in de DSSHS-groep een geslachts- en/of leeftijdseffect gevonden, tegen 75.8% in de algemene bevolkingsgroep.

Hoofdstuk 7

Resultaten: opvoedingsomgeving

7.1 Inleiding

In Hoofdstuk 7 worden de gegevens gepresenteerd van de tweede onderzoeksvraag betreffende de opvoedingsomgeving van DSSHS-kinderen. Ter bepaling van de aard en de omvang van mogelijke problemen in de opvoedingsomgeving, zijn drie aspecten onderzocht. Dat waren de gezinsbelasting, het gezinsfunctioneren en de levensgebeurtenissen van deze kinderen. Ook wordt een totaalbeeld van de opvoedingsomgeving gegeven.

Omtrent het actuele functioneren van de opvoedingsomgeving van DSSHS-kinderen worden voornamelijk descriptieve gegevens gepresenteerd. Bij de analyses worden voorts samenhangen nagegaan met de acht demografische/diagnostische kenmerken (etnische afkomst, geslacht, leeftijd, intelligentieniveau en gehoorverlies van het kind, sociaal-economische status van het gezin, communicatie tussen ouder en kind en schooltype). Voorts zijn de gegevens van de DSSHS-kinderen vergeleken met normgegevens.

7.2 Gezinsbelasting

7.2.1 Inventarisatie

Gegevens over de gezinsbelasting, zoals ervaren door de opvoeders, werden verzameld met behulp van de Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedings Situatie

(NVOS) van Wels en Robbroeckx (1996). De NVOS kent vier Schalen, de Subjectieve Gezinsbelasting, de Beoordeling van de Opvoedingssituatie, de Attributies van de Opvoedingssituatie en de Hulpverwachting. Omdat er relatief veel gegevens ontbraken van de overige NVOS-schalen, worden in dit onderzoek alleen de gegevens van de schaal Subjectieve Gezinsbelasting, die zoals gezegd uit acht categorieën bestaat (zie 4.4.2), gepresenteerd. (De NVOS kent ook een drie factor structuur, waarmee volledigheidshalve ook analyses zijn uitgevoerd. De uitkomsten daarvan staan in de Bijlagen C1 en C2). Een hoge score op de afzonderlijke items verwijst naar meer door de ouders ervaren belasting. Er werden door Wels en Robbroeckx (1996) geen geslachts- en leeftijdseffecten gevonden in hun onderzoek. Wel worden aparte normen voor moeders en vaders onderscheiden. In dit onderzoek is een onderscheid naar informant niet gemaakt. De belangrijkste overweging was dat er slechts een gering aantal vaders, als eerste opvoeder, informant waren. Naar verwachting kunnen hierdoor geen of slechts zeer geringe effecten in de uitkomsten optreden. In tabel 7.1 is een overzicht gegeven van de informanten, opgesplitst voor de DS-groep en de SHS-groep.

Tabel 7.1. NVOS: overzicht van de informanten, DSSHS-groep.

Informant	DSSHS-groep		DS-groep		SHS-groep	
	N	%	N	%	N	%
Moeders	216	95.6	154	93.9	62	100
Vaders	10	4.4	10	6.1	0	0.0
Totaal	226	100	164	100	62	100

7.2.2 Vergelijkingen DSSHS-groep en normgroep

7.2.2.1 NVOS-scores

Van de DSSHS-groep zijn de gemiddelde scores berekend voor de acht categorieën van gezinsbelasting (Deel A van de NVOS). Middels t-tests is nagegaan of en welke verschillen er waren met de ervaren gezinsbelasting, zoals gerapporteerd door de normgroep (Wels & Robbroeckx, 1996). Ook zijn de Normative Effect Sizes (NES), ofwel normatieve effectgroottes, berekend die een indruk geven van de grootte van de afwijking tussen de gemiddelde scores van de DSSHS-groep en de normgroep (zie 6.3 voor een toelichting op NES). Volgens Cohen's (1988) criteria is een effectgrootte vanaf 0.20 gering, vanaf 0.50 matig en vanaf 0.80 groot. In Tabel 7.2 zijn de gegevens gepresenteerd. De ouders van DSSHS-kinderen scoorden op alle categorieën hoger dan de ouders van de normgroep. De scores

voor Acceptatie, Aankunnen, Problemen hebben, Kind is Belasting en Alleen Staan weken significant af van de normgroep; de ouders van de DSSHS-kinderen ervoeren op deze categorieën meer problemen. Alleen de NES van Acceptatie haalde een relatief hoge waarde (NES = 0.71). In Bijlage C2 zijn de gemiddelde scores van de verschillende categorieën van gezinsbelasting van de DS-groep en de SHS-groep ten opzichte van de normgroep apart weergegeven. Het bleek dat de DS-groep op vijf schalen (Acceptatie, Aankunnen, Problemen hebben, Kind is Belasting, Alleen Staan) afweek van de normgroep. De SHS-groep week op twee schalen (Acceptatie, Kind is Belasting) af van de normgroep.

Tabel 7.2. Gezinsbelasting van de DSSHS-groep en de normgroep.

Categorieën	DSSHS-groep N=226		Normgroep N=234		NES	t	p
	gem.	s.d.	gem.	s.d.			
Acceptatie	1.75	0.64	1.40	0.49	0.71	6.60	**
Aankunnen	1.93	0.48	1.71	0.56	0.39	4.52	**
Problemen	2.20	0.61	1.94	0.60	0.43	4.61	**
Situatie Anders	1.74	0.54	1.71	0.60	0.05	0.56	
Kind Belasting	2.41	0.76	2.01	0.70	0.57	5.87	**
Alleen Staan	2.06	0.74	1.88	0.75	0.24	2.59	*
Plezier	1.64	0.52	1.57	0.53	0.13	1.43	
Goede Omgang	1.86	0.64	1.76	0.65	0.15	1.66	
* p ≤ .01 ** p ≤ .001							

7.2.2.2 Uitzonderlijke gezinsbelasting

Eerder werd vastgesteld dat de gezinnen van de DSSHS-kinderen hogere gemiddelde scores hadden op de categorieën van gezinsbelasting. Ook is onderzocht hoeveel gezinnen een uitzonderlijke gezinsbelasting ervoeren. Een dergelijk hoge gezinsbelasting werd omschreven als een belasting die, voor elke NVOS-categorie, 1.0 standaarddeviatie of meer hoger lag dan de gemiddelde score van de normgroep. De aldus verkregen grensscores voor de categorieën van gezinsbelasting benaderden hiermee ook de gemiddelde scores van de residentiële onderzoeksgroep van Wels en Robbroeckx (1996). Deze grensscores werden beschouwd als een redelijke indicatie om gezinnen met een milde tot grote gezinsbelasting te identificeren. De percentages gezinnen van DSSHS-kinderen met een milde tot grote belasting op de categorieën van gezinsbelasting staan vermeld in tabel 7.3.

Drie categorieën van gezinsbelasting, waar een relatief groot percentage gezinnen van de DSSHS-kinderen aanzienlijke problemen ervoer, springen er uit. Allereerst

Acceptatie van het kind: ruim 37% van de ouders van de DSSHS-kinderen had hiermee (nog steeds) problemen. Verder had 30% van de ouders problemen met het kind (Problemen hebben) en bleek ruim 32% van de ouders de opvoeding van hun kind als een grote belasting te ervaren (Kind is Belasting).

Tabel 7.3. Percentage gezinnen van DSSHS-kinderen met aanzienlijke gezinsbelasting per categorie.

Categorieën	Grensscore gemiddelde score normgroep + 1 s.d.	DSSHS-groep % groter of gelijk aan grensscore
Acceptatie	1.89	37.2
Aankunnen	2.27	15.9
Problemen	2.54	30.1
Situatie Anders	2.31	14.2
Kind Belasting	2.71	32.3
Alleen Staan	2.63	18.1
Plezier	2.10	16.8
Goede Omgang	2.41	15.5

Behalve per NVOS-categorie is ook het totaalbeeld aan uitzonderlijke hoge gezinsbelasting onderzocht. Als maat hiervoor is gekozen dat een gezin op vijf van de acht categorieën een aanzienlijke gezinsbelasting moest ervaren. Het bleek dat van de DSSHS-kinderen 30 gezinnen (12.6%) op vijf van acht categorieën een uitzonderlijk hoge score hadden. De percentages voor de gezinnen van de DS-groep en de SHS-groep weken af, respectievelijk 6.5% en 15.9% van de gezinnen, maar het verschil was niet significant (χ^2 -toets: $\chi^2=3,45$). Overigens ervoeren van de DSSHS-kinderen slechts acht gezinnen (3.5%) op alle acht onderscheiden categorieën een milde tot grote belasting.

7.2.3 DSSHS-groep: NVOS-scores en demografische/diagnostische kenmerken

Nagegaan is of er verbanden zijn tussen de verschillende categorieën van gezinsbelasting en de acht demografische/diagnostische kenmerken. Hiertoe zijn de Pearson correlaties berekend. De gegevens staan in tabel 7.4.

Er zijn geen significante verbanden gevonden tussen de categorieën van gezinsbelasting met etnische afkomst, geslacht, leeftijd, intelligentieniveau, SES en gehoorverlies. Er waren significante relaties tussen alle categorieën van gezinsbelasting, met uitzondering van Alleen Staan, en de communicatie tussen

ouder en kind: ouders die moeilijk communiceerden met hun kind en andersom ervoeren meer problemen op alle categorieën van gezinsbelasting. De categorieën Aankunnen en Alleen Staan correleerden significant met schooltype: de ouders van de DS-kinderen bleken meer problemen te ervaren. In Bijlage C1 is een compleet overzicht van de scores voor gezinsbelasting van de DS-groep en de SHS-groep gegeven.

Tabel 7.4. NVOS: correlaties met demografische/diagnostische kenmerken, DSSHS-groep.

	etnisch afkomst	geslacht	leeftijd	intelli- gentie	SES	gehoor- verlies	commu- nicatie	school- type
Categorieën	N=226	N=226	n=226	N=220	N=225	N=226	N=225	N=226
Acceptatie	0.07	-0.01	-0.06	-0.15	0.01	0.01	-0.21*	-0.07
Aankunnen	0.04	0.02	-0.12	-0.12	-0.03	0.12	-0.21*	-0.20*
Problemen	0.00	-0.00	-0.13	-0.06	-0.07	0.08	-0.26**	-0.13
Situatie Anders	0.07	0.04	-0.01	-0.16	-0.05	0.06	-0.30**	-0.14
Kind Belasting	-0.04	-0.02	-0.07	-0.02	0.06	0.05	-0.26**	-0.10
Alleen Staan	0.11	-0.06	0.14	-0.13	-0.02	0.07	-0.16	-0.17*
Plezier	0.04	0.03	0.03	-0.15	0.03	0.03	-0.20*	-0.08
Goede Omgang	0.11	0.04	-0.01	-0.16	-0.12	-0.02	-0.19*	-0.11

* $p \leq .01$ ** $p \leq .001$

7.2.4 Samenvatting

De gezinnen van de DSSHS-kinderen bleken op vijf van de acht categorieën van gezinsbelasting significant hogere scores te hebben dan gezinnen van de normgroep. De grootste afwijking (Normative Effect Size) tussen de DSSHS-groep en de normgroep bleek voor de schaal Acceptatie: ouders van een doof kind ervaren duidelijk meer acceptatieproblemen met hun kind dan ouders van niet-dove kinderen. Op twee categorieën van gezinsbelasting, te weten Acceptatie en Kind is Belasting, ervoer respectievelijk 37% en 32% van de gezinnen van de DSSHS-groep aanzienlijke problemen. Van de DSSHS-kinderen bleek 12.6% van de gezinnen een aanzienlijke gezinsbelasting te hebben, wat inhield dat zij op vijf van de acht categorieën van gezinsbelasting uitzonderlijk hoge scores hadden.. Slechts 3.5% (N=8) van de gezinnen ervoer op alle acht categorieën een milde tot grote belasting. Communicatie ouder-kind hing samen met alle categorieën van gezinsbelasting, behoudens Alleen Staan: ouders ervoeren meer belasting wanneer de communicatie tussen hen en hun kind minder goed was. Schooltype hing samen met Aankunnen en Alleen Staan: de ouders van de DS-groep bleken in alle gevallen meer problemen te ervaren dan de ouders van de SHS-kinderen. Voor de variabelen etnische afkomst, geslacht, leeftijd, intelligentieniveau en gehoorverlies van het kind en SES zijn geen verbanden gevonden met gezinsbelasting.

7.3 Gezinsfunctioneren

7.3.1 Inventarisatie

Het gezinsfunctioneren, gezien als een dynamisch aspect van de opvoedingsomgeving: 'hoe reilt en zeilt' het gezin, is gemeten met behulp van de Gezins Dimensie Schalen (GDS) van Hermans en Buurmeijer (1988a; 1988b). De GDS beschrijft het gezinsfunctioneren in termen van de dimensies Adaptatie en Cohesie. Een derde dimensie, Sociale Wenselijkheid, waarvan de betekenis niet eenduidig is, zal in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten worden. De scores op de dimensies van Adaptatie en Cohesie tezamen vormen de basis voor een indeling in gezinstype. Hermans en Buurmeijer (1988a; 1988b) geven in hun onderzoek weinig informatie over de leeftijd van de kinderen waarvan de ouders de GDS hebben ingevuld. In onze analyses zal de gehele DSSHS-groep 4-18 jaar betrokken worden. Deze gegevens van deze groep zal vergeleken worden met de basisgroep van Hermans en Buurmeijer (1988b).

In dit onderzoek is uitgegaan van de informatie van de GDS die verkregen is van de primaire opvoeder(s) van de DSSHS-kinderen: vaders, moeders en in enkele gevallen beiden. Er is bij de analyses geen onderscheid gemaakt naar informant. Aangenomen is dat de primaire opvoeder de meest betrouwbare informatie geeft. Een overzicht van de informanten is opgenomen in tabel 7.5.

Tabel 7.5. GDS: overzicht van de informanten, DSSHS-groep.

Informant	DSSHS-groep		DS-groep		SHS-groep	
	N	%	N	%	N	%
Moeders	213	94.7	151	92.6	62	100
Vaders	10	4.4	10	6.1	0	0.0
Beiden	2	0.9	2	1.2	0	0.0
Totaal	225	100	163	100	62	100

7.3.2 Vergelijkingen DSSHS-groep en normgroep

7.3.2.1 Dimensies Adaptatie en Cohesie

De vergelijking tussen de DSSHS-groep en de normgroep was bedoeld om te zien of tussen beide groepen verschillen in het gezinsfunctioneren bestonden op de

dimensies Adaptatie en Cohesie. Adaptatie wordt omschreven als het vermogen van een gezinssysteem om zijn machtsstructuur, rolverdelingen en regels aan te passen in reactie op eisen van binnenuit of buitenaf. Er worden vier niveaus van adaptatie onderscheiden: rigide, gestructureerd, flexibel en chaotisch. Met Cohesie wordt bedoeld op de emotionele binding van de gezinsleden met elkaar. Ook hier worden vier niveaus onderscheiden: los zand, individueel gericht, gezamenlijk en kluwen.

χ^2 -toetsen op de ruwe aantallen zijn uitgevoerd om verschillen te toetsen tussen de DSSHS-groep en de normgroep wat betreft de verdeling over de niveaus van adaptatie en cohesie. In tabel 7.6 staan de resultaten vermeld. Het bleek dat de DSSHS-groep wat betreft de dimensie Adaptatie niet afweek van de normgroep. Wel werd een significant verschil gevonden voor de dimensie Cohesie. De verschillen waren geconcentreerd rondom de niveaus Individueel en Gezamenlijk. Gezinnen van de DSSHS-kinderen zijn minder Los zand en Individueel, maar meer Gezamenlijk gericht dan de gezinnen van de normgroep.

Tabel 7.6. Gezinsfunctioneren van de DSSHS-groep en de normgroep.

Categorieën	DSSHS-groep N=225		Normgroep N=669		χ^2
	%	N	%	N	
Adaptatie					1.33
Rigide	16.0	36	15.0	100	
Gestructureerd	36.9	83	35.0	234	
Flexibel	35.1	79	35.0	234	
Chaotisch	12.0	27	15.0	100	
Cohesie					24.47**
Los Zand	10.2	23	15.0	100	
Individueel	22.7	51	35.0	234	
Gezamenlijk	52.9	119	35.0	234	
Kluwen	14.2	32	15.0	100	
** p ≤ .001					

Gemiddelde GDS-scores ontbreken voor de normgroep zodat een vergelijking met de DSSHS-groep niet mogelijk is. Om toch een indruk te krijgen van de hoogte en spreiding van de GDS-scores van de DSSHS-kinderen zijn de percentielscores van de DSSHS-groep vergeleken met die van de normgroep. Daartoe is wederom de procedure gevolgd die beschreven is door Hermans en Buurmeijer (1988a). De scores voor Adaptatie en Cohesie die lager dan het 15e en hoger dan het 85e percentiel waren, werden als extreme scores beschouwd. Gezinnen die op beide dimensies extreem laag of extreem hoog scoren, worden beschouwd als

disfunctioneel. Van gezinnen die scores tussen het 15e en 85e percentiel wordt verondersteld dat ze optimaal functioneren. De mediaan van de schalen was bepalend voor het omslagpunt voor de beide middengebieden. In tabel 7.7 staan de gegevens voor de dimensies Adaptatie en Cohesie van de DSSHS-groep en de normgroep vermeld.

Tabel 7.7. Indeling percentielscores GDS-scores voor de DSSHS-groep en de normgroep.

Categorieën	DSSHS-groep N=225	Normgroep N=669
Adaptatie		
Rigide	13-17	13-17
Gestructureerd	18-21	18-21
Flexibel	22-26	22-26
Chaotisch	27-47	27-52
Cohesie		
Los Zand	43-64	23-61
Individueel	65-71	62-68
Gezamenlijk	72-76	69-76
Kluwen	77-85	77-92

De scores van het 15e en het 85e percentiel als ook de mediaan voor de Adaptatie-schaal bleken bij de DSSHS-groep en de normgroep identiek. De score-range was bij de DSSHS-groep kleiner dan bij de normgroep. De scores van de DSSHS-groep op de Cohesie-schaal weken in meer opzichten van de normgroep af. In de DSSHS-groep was de totale range van scores voor Cohesie aanmerkelijk kleiner; aan de onderkant waren hogere scores en aan de bovenkant lagere scores dan in de normgroep. De categorie Gezamenlijk van de Cohesie-schaal in de DSSHS-groep had een betrekkelijk kleine range, 72-76, in vergelijking met de normgroep. Op basis van de vergelijkingen van genoemde percentielscores lijkt het aannemelijk te mogen stellen dat de scores voor Adaptatie tussen de DSSHS-groep en de normgroep niet significant verschillen. Voor de Cohesie-scores lijkt een (significant) verschil wel aannemelijk: de scores bij de DSSHS-groep zijn hoger.

7.3.2.2 Gezinstypen

Het oordeel over de dimensie Adaptatie en Cohesie tezamen vormen de basis voor een indeling in Gezinstype. Door een combinatie te maken van de vier niveaus van Adaptatie en de vier niveaus van Cohesie ontstaat een typologie van 16 gezinstypen. Deze 16 gezinstypen werden door Hermans en Buurmeijer (1988a)

aldus teruggebracht tot drie Gezinstypen: (1) Functioneel: de vier gezinstypen in het midden van beide dimensies, (2) Onevenwichtig: de acht gezinstypen die op een dimensie extreem zijn en gemiddeld op de andere en (3) Disfunctioneel: de vier gezinstypen die extreem zijn op beide dimensies. Een van de aannames is, dat gezinnen in het midden van beide dimensies beter functioneren dan gezinnen die zich rondom de extremen bevinden. In tabel 7.8 staan de gegevens vermeld van de DSSHS-groep en de normgroep omtrent de indeling van Gezinstypen.

Tabel 7.8. Indeling naar Gezinstypen van de DSSHS-groep en de normgroep.

Gezinstypen	DSSHS-groep N=225		Normgroep N=669		χ^2
	%	N	%	N	
Functioneel	56.4	127	50.4	337	2.50
Onevenwichtig	34.7	78	39.8	266	
Disfunctioneel	8.9	20	9.8	66	

Het bleek dat de indeling van Gezinstypen bij de DSSHS-kinderen niet significant afweek van die bij de gezinnen van de normgroep. Van ruim 56% van de gezinnen van de DSSHS-kinderen bleek het gezinstype Functioneel, van ruim 43% Onevenwichtig/Disfunctioneel. Ook het verschil tussen het aantal disfunctionele gezinnen van de DS-groep en de SHS-groep, respectievelijk 10.4% en 4.8%, bleek niet significant (χ^2 -toets: $\chi^2=1.73$).

7.3.3 DSSHS-groep: GDS-scores en demografische/diagnostische kenmerken

Om eventuele verbanden tussen de GDS-scores en de acht demografische/diagnostische kenmerken na te gaan, zijn de Pearson correlaties berekend. Voor de beschrijving van de acht kenmerken wordt verwezen naar Bijlage A. In tabel 7.9 zijn de resultaten vermeld van de correlatieberekeningen.

Tabel 7.9. GDS: correlaties demografische/diagnostische kenmerken, DSSHS-groep.

Categorieën	etnische afkomst N=225	geslacht N=225	leeftijd N=225	intelli- gentie N=219	SES N=224	gehoor- verlies N=225	commu- nicatie N=224	school- type N=225
Adaptatie	0.04	0.15	0.03	-0.02	-0.15	0.10	-0.18*	-0.09
Cohesie	0.11	-0.08	0.10	-0.05	-0.13	-0.12	0.17*	0.13
* $p \leq .01$								

Er bleken twee significante samenhangen, namelijk zowel voor Adaptatie als Cohesie met de variabele communicatie ouder-kind. In gezinnen waar de communicatie tussen ouders en kind minder goed verloopt, bleek de adaptatie hoger en de cohesie lager; het gezinsfunctioneren gaat dan richting chaotisch en los zand. Betreffende schooltype staat in Bijlage D1 een overzicht van de gemiddelde GDS-scores. Zowel de scores voor Adaptatie als voor Cohesie vielen van beide groepen in het 'normale' gebied. Ook is in Bijlage D2 een overzicht opgenomen van de niveau-indeling van de dimensies Adaptatie en Cohesie als ook de indeling van de Gezinstypen van de DS-groep en de SHS-groep. Met behulp van χ^2 -toetsen werden geen significante afwijkingen tussen de DS-groep en de SHS-groep gevonden.

7.3.4 Samenvatting

Op de dimensie Cohesie week de niveau-indeling (Los zand, Individueel, Gezamenlijk en Kluwen) bij de DSSHS-kinderen significant af van de normgroep. Het gezinsfunctioneren van de gezinnen van de DSSHS-kinderen had een minder Los zand en Individueel-karakter, maar was meer Gezamenlijk gericht dan de gezinnen van de normgroep. De DSSHS-groep week op de vier niveaus van Adaptatie (Rigide, Gestructureerd, Flexibel en Chaotisch) niet significant af van de normgroep. De indeling van Gezinstypen week bij de DSSHS-kinderen week niet significant af van de gezinnen van de normgroep.

De percentielscores voor de Adaptatie-schaal bleken bij de DSSHS-groep en de normgroep bijna identiek. De totale range van de scores voor Cohesie was in de DSSHS-groep wel aanmerkelijk kleiner (hogere scores aan de onderkant en lagere scores aan de bovenkant) dan in de normgroep. Op basis van de vergelijkingen van de percentielscores lijkt het aannemelijk dat de gemiddelde scores op de Cohesie-schaal voor de DSSHS-groep hoger zijn. De scores voor Adaptatie verschillen niet tussen de DSSHS-groep en de normgroep.

Wat betreft de demografische/diagnostische kenmerken bleek alleen de variabele communicatie ouder-kind met zowel Adaptatie als Cohesie samen te hangen: in gezinnen waar de communicatie tussen ouders en kind minder goed verloopt, is sprake van een chaotisch en los-zand functioneren.

7.4 Levensgebeurtenissen

7.4.1 Inventarisatie

Gegevens over de opvoedingsomgeving, in het bijzonder de levensgebeurtenissen die dove kinderen meegemaakt hebben, zijn verzameld met behulp van de vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG) van Veerman, e.a. (1997). Deze vragenlijst werd ingevuld door vaders en/of moeders. Zie tabel 7.10 voor een overzicht. Er is bij de analyses geen onderscheid gemaakt naar informant. Dit is ook niet van belang, omdat het bij de VMG hoofdzakelijk gaat om feitelijke en waarneembare gegevens: heeft een kind een gebeurtenis al dan niet meegemaakt en hoe is dit door hem/haar ervaren? De vraag is legitiem of de beoordeling hoe een kind een gebeurtenis heeft ervaren anders beoordeeld zou kunnen worden door moeders en vaders. Dit probleem van de informantvariatie valt echter buiten het bestek van dit onderzoek. Veerman, e.a. (1997) noemen dit probleem zijdelings bij hun bespreking van de test-hertest betrouwbaarheid. Deze betrouwbaarheidsmaat van de VMG zou wat gedrukt kunnen zijn, omdat niet alleen de intra- maar ook de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is gemeten, vanwege de mogelijkheid dat niet beide keren de VMG door dezelfde ouder is ingevuld. De gemiddelde overeenstemming tussen de beoordelingen van de ouders voor VMG-items was met 0.75 (zie Veerman, e.a., 1997) vrij hoog (volgens Landis & Koch, 1977). Dit was een voldoende waarborg voor de betrouwbaarheid van de VMG.

Tabel 7.10. VMG: overzicht van de informanten, DSSHS-groep.

Informant	DSSHS-groep		DS-groep		SHS-groep	
	N	%	N	%	N	%
Moeders	99	44.1	76	44.7	23	37.1
Vaders	28	12.9	19	11.2	9	14.5
Beiden	99	44.1	70	41.2	29	46.8
Anders	6	2.2	5	2.9	1	1.6
Totaal	232	100	170	100	62	100

Met de VMG kunnen drie scores berekend worden. Zo is er (1) de somscore van de door ouders als negatief (onplezierig) beoordeelde gebeurtenissen die een kind heeft meegemaakt (als index voor negatief ervaren spanning), (2) de somscore van de door ouders als positief beoordeelde gebeurtenissen en (3) de somscore over alle stressvol geachte gebeurtenissen. Deze scores kunnen over verschillende levensperiodes van een kind berekend worden. Overeenkomstig de standaardprocedure zijn in dit onderzoek de somscores berekend over de totale

levensperiode, de laatste twee jaar en het laatste jaar voor afname van de vragenlijst. Behalve deze somscores kan ook het voorkomen van de afzonderlijke VMG-items nagegaan worden. Veerman, e.a. (1997) onderscheiden diverse normgroepen. Gezien de leeftijdsrange van onze onderzoeksgroep (4 tot 18 jaar) waren de normgroepen basisschoolkinderen (7 tot 13 jaar) en pre-adolescenten (10 tot 15 jaar) van belang. Gezien de leeftijdsrange van de DSSHS-groep in dit onderzoek en van de normgroepen, zullen in de analyses vergelijkingen worden gedaan tussen de 4-11-jarigen en 12-18-jarigen. Omdat in de genoemde normgroepen geen geslachtsverschillen voor de VMG-scores gevonden zijn, behoeft de DSSHS-groepen niet naar geslacht opgesplitst te worden. Voor de DSSHS-kinderen zijn eventuele geslachtsverschillen voor de VMG-scores onderzocht.

7.4.2 Vergelijkingen DSSHS-groep en normgroep

7.4.2.1 VMG-scores

Om de VMG-scores van de DSSHS-groep te kunnen vergelijken met die van de normgroepen, is de DSSHS-groep opgesplitst in twee leeftijdsgroepen. Vergelijkende analyses zijn uitgevoerd bij de DSSHS-groep 4-11 jaar met de normgroep van basisschoolkinderen en bij de DSSHS-groep 12-18 jaar met de normgroep van pre-adolescenten. Alvorens de VMG-scores van de twee DSSHS-groepen met de twee normgroepen te onderzoeken, zijn eventuele verschillen voor het kenmerk schooltype, DS-groep versus SHS-groep, onderzocht. Uit de t-tests bleken geen significante verschillen van de VMG-scores in de DSSHS-groep (zie voor een overzicht Bijlage E1). Op grond hiervan is besloten de VMG-scores van de gehele DSSHS-groep, opgesplitst naar leeftijd, te vergelijken met die van de normgroepen. Om eventuele verschillen in meegemaakte gebeurtenissen tussen de DSSHS-groepen en de normgroepen vast te stellen, zijn t-tests uitgevoerd op de gemiddelde VMG-scores. Verder zijn de Normative Effect Sizes (NES) (zie ook 6.3) berekend om, op basis van Cohen's (1988) criteria voor effectgroottes, eventuele verschillen te kunnen beoordelen.

In tabel 7.11 staan de uitkomsten voor de DSSHS-groep 4-11 jaar vermeld. De DSSHS-groep 4-11 jaar bleek met de normgroep basisschoolkinderen op drie VMG-scores significant te verschillen. DSSHS-kinderen 4-11 jaar bleken minder positief ervaren gebeurtenissen gedurende hun gehele levensperiode meegemaakt te hebben. Voorts maakten de DSSHS-kinderen 4-11 jaar meer gebeurtenissen mee gedurende de laatste twee jaar en gedurende het laatste jaar voorafgaand aan dit

onderzoek. Alleen voor de laatste VMG-score was ook de NES, de afwijking tussen de DSSHS-groep en de normgroep, volgens Cohen's (1988) criteria voor effectgroottes, relatief hoog ($NES=0.70$). Er werd voor geen van de drie perioden een verschil gevonden voor de VMGNEG-score tussen de DSSHS-kinderen 4-11 jaar en de normgroep basisschoolkinderen.

Tabel 7.11. T-tests: gemiddelde VMG-scores van de DSSHS-groep 4-11 jaar en van de normgroep basisschoolkinderen.

VMG-scores@	DSSHS-groep 4-11 jaar		Normgroep Basisschoolkinderen		NES	t	p
	gem.	s.d.	gem.	s.d.			
Gehele levensperiode							
VMGTOT	4.84	2.38	4.52	2.09	0.15	1.03	
VMGPOS	3.70	1.82	4.57	2.17	-0.40	-3.21	*
VMGNEG	1.41	1.48	1.53	1.72	-0.07	-0.55	
	N=128		N=90				
Laatste jaar							
VMGTOT	1.49	1.47	0.78	1.01	0.70	3.85	**
VMGPOS	1.61	1.29	1.27	1.18	0.29	1.93	
VMGNEG	0.54	0.88	0.36	0.67	0.27	1.59	
	N=127		N=83				
Laatste 2 jaar							
VMGTOT	2.10	1.70	1.42	1.27	0.54	3.12	*
VMGPOS	2.20	1.51	1.90	1.49	0.20	1.41	
VMGTOT	0.72	1.01	0.60	0.94	0.13	0.86	
	N=127		N=83				
VMGTOT= totaal aantal gebeurtenissen							
VMGPOS= totaal aantal positief ervaren gebeurtenissen							
VMGNEG= totaal aantal negatief ervaren gebeurtenissen							
* $p \leq .01$ ** $p \leq .001$							
@ De scores VMGPOS en VMGNEG tezamen leiden niet tot de score VMGTOT omdat in de totaalscores de a priori positieve gebeurtenissen niet worden meegeteld.							

In tabel 7.12 staan de resultaten vermeld van de DSSHS-kinderen 12-18 jaar. Ook bij de DSSHS-groep 12-18 jaar bleken drie VMG-scores significant te verschillen met de normgroep pre-adolescenten. De DSSHS-kinderen 12-18 jaar bleken minder positief ervaren gebeurtenissen gedurende hun gehele levensperiode meegemaakt te hebben. Voorts maakten de DSSHS-kinderen 12-18 jaar meer gebeurtenissen mee gedurende het laatste jaar en gedurende de laatste twee jaar voorafgaand aan dit onderzoek. De NES bleken, volgens Cohen's (1988) criteria voor effectgroottes, voor deze VMGTOT-scores matig. Er werd voor geen van de drie perioden een verschil gevonden voor de VMGNEG-score tussen de DSSHS-kinderen 12-18 jaar en de normgroep pre-adolescenten.

Tabel 7.12. T-tests: gemiddelde VMG-scores van de DSSHS-groep 12-18 jaar en van de normgroep pre-adolescenten.

VMG-scores@	DSSHS-groep 12-18 jaar		Normgroep Pre-adolescenten		NES	t	p
	gem.	s.d.	gem.	s.d.			
Gehele levensperiode							
VMGTOT	4.84	2.38	5.73	2.80	-0.32	-2.21	
VMGPOS	4.16	2.09	5.24	2.17	-0.50	-3.23	*
VMGNEG	2.54	2.21	2.04	2.14	0.23	1.45	
	N=101		N=67				
Laatste jaar							
VMGTOT	1.30	1.33	0.69	1.08	0.56	2.94	*
VMGPOS	1.37	1.10	0.98	1.08	0.36	2.14	
VMGNEG	0.40	0.86	0.21	0.52	0.50	2.08	
	N=94		N=58				
Laatste 2 jaar							
VMGTOT	2.00	1.51	1.34	1.36	0.49	2.72	*
VMGPOS	1.91	1.37	1.60	1.36	0.23	1.36	
VMGTOT	0.80	1.05	0.59	0.82	0.26	1.30	
	N=94		N=58				
VMGTOT= totaal aantal gebeurtenissen							
VMGPOS= totaal aantal positief ervaren gebeurtenissen							
VMGNEG= totaal aantal negatief ervaren gebeurtenissen							
* p≤.01 ** p≤.001							
@ De scores VMGPOS en VMGNEG tezamen leiden niet tot de score VMGTOT omdat in de totaalscores de a priori positieve gebeurtenissen niet worden meegeteld.							

7.4.2.2 Uitzonderlijke stress

Onderzocht is hoeveel DSSHS-kinderen een uitzonderlijke stress wat betreft meegemaakte levensgebeurtenissen hebben ervaren. Daarvoor is, in afwijking van Veerman, e.a. (1997), niet de VMGNEG-score maar de VMGTOT-score voor de laatste twee jaar voorafgaande aan dit onderzoek, gebruikt. Immers, in 7.4.2.1 werd vastgesteld dat de DSSHS-kinderen niet vaker negatief ervaren levensgebeurtenissen, maar wel significant vaker dan de normgroep levensgebeurtenissen in het algemeen, in het bijzonder gedurende de laatste twee jaar voorafgaand aan dit onderzoek, hadden meegemaakt. Om die reden is ervoor gekozen om bij DSSHS-kinderen van een uitzonderlijk hoge stress te spreken indien er drie of meer levensgebeurtenissen gedurende de laatste twee jaar meegemaakt zijn. Deze grensscore ligt ruim 1.0 standaarddeviatie hoger dan de gemiddelde score van de normgroep en benaderde ook de gemiddelde score van de klinische onderzoeksgroep van Veerman, e.a. (1997). Daarmee werd deze grensscores als een redelijke indicatie beschouwd om DSSHS-kinderen met een hoge stress te identificeren. Het percentage DSSHS-kinderen die een uitzonderlijk

hoge stress hadden ervaren, bleek 32.6% (72/221). Hoewel er een verschil was tussen het aantal kinderen met uitzonderlijke stress binnen de DS-groep (31.7%) en de SHS-groep (35.0%), bleek dit niet significant (χ^2 -toets: $\chi^2=0.22$).

7.4.2.3 VMG-items

Om een indruk te krijgen van de gebeurtenissen die DSSHS-kinderen hebben meegemaakt, is gekeken naar de frequenties van de individuele levensgebeurtenissen van de VMG, in het bijzonder het totaal aantal gebeurtenissen (zie ook 7.4.2.2) die gedurende de laatste twee jaar voorafgaande aan dit onderzoek meegemaakt zijn. De keuze voor deze periode is ingegeven door het feit dat juist deze informatie een goede indicatie zou geven van de meegemaakte negatieve stress (zie Veerman, e.a., 1997). Om eventuele verschillen tussen de DSSHS-kinderen en de normgroepen vast te stellen zijn χ^2 -toetsen en (bij lage celwaarden) Fisher-tests uitgevoerd. In tabel 7.14 en 7.15 staan, respectievelijk voor de DSSHS-groep 4-11 jaar en de DSSHS-groep 12-18 jaar, de uitkomsten vermeld. Het betreft de gebeurtenissen die de DSSHS-groep significant vaker of minstens tweemaal zo vaak (of minder vaak) meegemaakt heeft dan de normgroep. Een volledig overzicht van de levensgebeurtenissen gedurende de laatste twee jaar, voor zowel de DSSHS-groep 4-11 jaar als de DSSHS-groep 12-18 jaar, is opgenomen in Bijlage E2.

Tabel 7.14. Individuele levensgebeurtenissen van de laatste twee jaar; DSSHS-groep 4-11 jaar en de normgroep basisschoolkinderen.

VMG-items	DSSHS-groep 4-11 jaar N=128		Normgroep basisschoolkinderen N=93		p
	%	N	%	N	
2. Ziekenhuisopname kind	13.5	17	4.3	4	**
5. Ziekenhuisopname broer/zus	11.1	14	5.4	5	
10. Vriend(in) overleden	2.4	3	6.5	6	
11. Trots op prestatie	70.6	89	49.4	41	
12. Ouder werkloos geworden	4.7	6	1.1	1	
14. ouder door werk minder thuis	14.8	19	13.2	12	
16. Schoolverandering	12.5	16	5.5	5	
20. Lid club/ vereniging	42.5	54	56.2	50	
21. Ruzies ouders en kind	9.5	12	2.2	2	
22. Leeftijdgenoot/volv. verhuisd	15.6	20	4.3	4	
30. Goede vriend(in) erbij	29.9	38	17.4	16	*
* p ≤ .01 ** p ≤ .001					

Uit tabel 7.14 en 7.15 is af te lezen dat DSSHS-kinderen diverse levensgebeurtenissen twee tot vier keer zo vaak gedurende de laatste twee jaar meegemaakt heeft dan de normgroep. De DSSHS-groep 4-11 jaar hadden twee gebeurtenissen, 11. Trots op prestatie en 22. Leeftijdsgenoot/volwassene verhuisd, significant vaker meegemaakt dan de basisschoolkinderen. De DSSHS-groep 12-18 jaar had alleen de gebeurtenis 27. Broer/zus verlaat huis, significant vaker meegemaakt dan de normgroep pre-adolescenten.

Tabel 7.15. Individuele levensgebeurtenissen van de laatste twee jaar; DSSHS-groep 12-18 jaar en de normgroep pre-adolescenten.

VMG-items	DSSHs-groep 12-18 jaar N=104		Normgroep pre-adolescenten N=70		p
	%	N	%	N	
4. Ziekenhuisopname ouders	22.5	23	8.5	6	*
10. Vriend(in) overleden	5.8	6	1.4	1	
12. Ouder werkloos geworden	7.0	7	1.6	1	
13. Verzorgende ouder werken	16.8	17	6.3	4	
18. Rapporten slechter	3.8	4	1.4	1	
19. Financiën gezin slechter	3.8	4	0.0	0	
22. Leeftijdgenoot/volw. verhuisd	6.9	7	2.9	2	
23. Verhuizing gezin	8.7	9	2.9	2	
27. Broer/zus verlaat huis	14.7	15	1.4	1	
28. Echtscheiding	3.9	4	0.0	1	
29. Ruzies tussen ouders	6.8	7	1.4	1	
* p ≤.01					

7.4.3 DSSHS-groep: VMG-scores en demografische/diagnostische kenmerken

Om eventuele verbanden na te gaan tussen de demografische/diagnostische kenmerken en de VMG-scores zijn Pearson correlaties uitgevoerd. Voor een toelichting op de demografische/diagnostische kenmerken wordt verwezen naar Hoofdstuk 6 en Bijlage A. De Pearson correlatie-coëfficiënten staan vermeld in tabel 7.16.

De VMGTOT-score en de VMGNEG-score over de gehele levensperiode bleken significant samen te hangen met de leeftijd: de oudere DSSHS-kinderen hadden meer gebeurtenissen meegemaakt en ook meer gebeurtenissen als onplezierig ervaren. De gevonden samenhangen tussen intelligentieniveau en de VMGNEG-score en VMGPOS-score zijn in het nadeel van DSSHS-kinderen met een lager intelligentieniveau: zij ervaren meer gebeurtenissen als negatief gedurende hun

gehele leven en zij ervaren minder gebeurtenissen als positief gedurende het laatste jaar. Tussen de VMG-scores en etnische afkomst, geslacht, SES, gehoorverlies en communicatie ouder-kind bleken geen significante samenhangen. Eerder (7.2.2.1) werd al vermeld dat voor schooltype ook geen samenhangen bestonden.

Tabel 7.16. VMG: correlaties demografische/diagnostische kenmerken, DSSHS-groep.

VMG-scores	etnische afkomst	geslacht	leeftijd	intelligentie	SES	gehoorverlies	communicatie
Gehele levensperiode							
VMGTOT	-0.00	-0.02	0.34**	-0.09	0.02	0.01	-0.01
VMGPOS	-0.05	-0.04	0.17	0.12	-0.01	0.06	0.13
VMGNEG	-0.00	0.06	0.34**	-0.19*	-0.04	-0.06	-0.06
	N=229	N=229	N=229	N=223	N=229	N=229	N=229
Laatste jaar							
VMGTOT	0.05	-0.03	-0.09	-0.02	-0.02	0.03	0.05
VMGPOS	-0.02	0.03	-0.15	0.17*	0.01	-0.03	0.15
VMGNEG	0.05	0.02	0.00	-0.07	-0.04	0.04	-0.10
	N=221	N=221	N=221	N=215	N=221	N=221	N=221
Laatste 2 jaar							
VMGTOT	0.06	0.01	-0.08	-0.02	-0.07	0.07	0.06
VMGPOS	0.06	0.02	-0.14	0.17	-0.07	0.02	0.11
VMGNEG	0.03	0.05	0.05	-0.07	-0.08	0.06	-0.06
	N=221	N=221	N=221	N=215	N=221	N=221	N=221
VMGTOT totaal aantal gebeurtenissen							
VMGPOS totaal aantal positief ervaren gebeurtenissen							
VMGNEG totaal aantal negatief ervaren gebeurtenissen							
* p < .01 ** p < .001							

7.4.4 Samenvatting

De DSSHS-groep 4-11 jaar heeft significant meer levensgebeurtenissen over de gehele levensperiode, over het laatste jaar en over de laatste twee jaar voorafgaand aan dit onderzoek meegemaakt dan de normgroep basisschoolkinderen. Bij de DSSHS-groep 12-18 jaar gold dit ook voor levensgebeurtenissen over het laatste jaar en over de laatste twee jaar voorafgaand aan dit onderzoek. Zij hadden ook minder positief ervaren gebeurtenissen meegemaakt dan hun horende leeftijdsgenoten. Alle Normative Effect Sizes, die een indruk geven van de afwijking tussen de scores van de onderzoeksgroep en de normgroepen, waren matig. Ruim 32% van de DSSHS-kinderen had een uitzonderlijk hoge stress ervaren op grond van het totaal aantal meegemaakte gebeurtenissen gedurende de laatste twee jaar voorafgaand aan dit onderzoek. (35.3% voor de DSSHS-groep 4-11 jaar en 28.7% voor de DSSHS-groep 12-18 jaar). De DSSHS-groep 12-18 jaar

had slechts één afzonderlijke gebeurtenis (Broer/zus verlaat huis) significant vaker meegemaakt dan de normgroep pre-adolescenten. De verschillen tussen de DSSHS-groep 4-11 jaar en de normgroep basisschoolkinderen betrof twee afzonderlijke levensgebeurtenissen, te weten Trots op prestatie en Leeftijdsgenoot/volwassene is verhuisd.

Ten aanzien van de demografische/diagnostische kenmerken bleek dat de DSSHS-kinderen met een lager intelligentieniveau meer negatief ervaren gebeurtenissen gedurende hun gehele leven en minder positieve gebeurtenissen gedurende het laatste jaar voorafgaand aan dit onderzoek meegemaakt hadden. Bij de overige kenmerken, etnische afkomst, geslacht, leeftijd, gehoorverlies van het kind, SES, communicatie ouder-kind en schooltype werden geen samenhangen gevonden.

7.5 Opvoedingsomgeving van DSSHS-kinderen: totaalbeeld

7.5.1 Opvoedingsomgeving

Er is naar gestreefd een beeld te krijgen van het aantal kinderen, dat in ongunstige opvoedingsomstandigheden opgroeit. Hierbij is uitgegaan van de gegevens over de drie gebieden waarover informatie verkregen was: de ervaren gezinsbelasting, het gezinsfunctioneren en de meegemaakte stressvolle levensgebeurtenissen. De kwaliteit van de opvoedingsomgeving wordt omschreven als een dichotomie, gunstig versus ongunstig. Een ongunstige uitkomst duidde op een verstoring van het actuele functioneren van de opvoedingsomgeving. In een normatief perspectief geplaatst betekende dit dat de kwaliteit van de opvoedingsomgeving dermate aangetast is dat van een afwijking gesproken kan worden van wat als 'normaal' beschouwd wordt. Het is duidelijk dat met de kwalificatie 'ongunstige opvoedingsomgeving' tevens 'risico-gezinnen' respectievelijk 'risicokinderen' worden aangeduid. Er zijn vier indicatoren gebruikt voor het bepalen van de kwaliteit van de opvoedingsomgeving die hierna toegelicht zullen worden:

- (1) uitzonderlijk hoge scores voor door ouders ervaren belasting, gemeten voor vijf van de acht categorieën van gezinsbelasting,
- (2) de classificatie 'Disfunctioneel Gezinstype' gebaseerd op de gegevens van de GDS,
- (3) een score van 3 of hoger op de VMG voor totaal aantal levensgebeurtenissen gedurende de laatste twee jaar voorafgaand aan het onderzoek (VMGTOT-score laatste twee jaar),
- (4) bij ontbrekende gegevens van (1), (2) of (3) het verblijf in een residentiële zorgsetting.

Wels en Robbroeckx (1986; 1996) en Robbroeckx en Wels (1987) onderscheiden acht NVOS-categorieën van gezinsbelasting. Gesproken werd van een uitzonderlijke belasting, wanneer vijf van de acht categorie-scores één standaarddeviatie of meer hoger waren dan de scores voor de normgroep. Op basis van deze gegevens bleken in de DSSHS-groep 30 van de 238 gezinnen 'uitzonderlijk belast', ofwel 12.6% (30/238).

De classificatie Disfunctioneel duidde op extreme scores op de dimensies Adaptatie en Cohesie van de GDS-vragenlijst. Vanuit het circumplexe model dat ten grondslag ligt aan de GDS worden disfunctionele gezinnen minder adequaat gezien. In de DSSHS-groep bleken van de 238 kinderen er 20 kinderen (8.4%) in disfunctionele gezinnen op te groeien waarvan vier kinderen al opgroeiden in een 'hoogbelast' gezin, wat neerkomt op nog eens 6.7% (16/238).

Er was sprake van hoge stress indien een kind drie of meer levensgebeurtenissen gedurende de laatste twee jaar had meegemaakt. Deze score werd als een redelijke grens gezien de normgegevens (ruim één standaarddeviatie hoger) en de gemiddelde scores van een klinische groep die behandeld is in een behandelingscentrum (zie Veerman, e.a., 1997). Een omgeving die aan deze kwalificatie voldeed, werd derhalve als 'ongunstig' bestempeld. In de DSSHS-groep bleken van de 238 kinderen 72 kinderen (30.3%) een hoge stress-score te hebben. Daarvan groeiden al 16 kinderen op in een 'hoogbelast' of disfunctioneel gezin zodat nog eens 56 kinderen op basis van de meegemaakte stress in een ongunstige omgeving opgroeiden, wat neerkomt op 23.5% (56/238).

Van vijf DSSHS-kinderen waren geen gegevens over gezinsbelasting, gezinstype en meegemaakte stressvolle gebeurtenissen. De reden hiervoor was dat zij ten tijde van het onderzoek in een 24-uurs zorginstelling verbleven. Een dergelijke opname is doorgaans pas aan de orde wanneer sprake is van verstoringen in de thuissituatie. Deze verstoringen vormen in de regel een bedreiging voor het functioneren van het kind (Junger-Tas, 1983). Op grond van deze overwegingen is ervan uitgegaan dat de opvoedingsomgeving van deze vijf DSSHS-kinderen als ongunstig was te kwalificeren, dat is nog eens 2.1% (5/238). In totaal bleken derhalve 107 kinderen in een ongunstige opvoedingsomgeving te verkeren, wat neerkomt op 45% van de DSSHS-groep, ofwel bijna één op de twee gezinnen met een doof kind.

In tabel 7.17 is volledigheidshalve een overzicht opgenomen van de aantallen DSSHS-kinderen in een ongunstige opvoedingsomgeving.

Tabel 7.17. Overzicht ongunstige opvoedingsomgeving van DSSHS-kinderen.

Ongunstige opvoedingsomgeving	DSSHS-kinderen Afzonderlijk		DSSHS-kinderen cumulatief	
	%	N	%	N
(1) hoge Gezinsbelasting (NVOS)	12.6	30	12.6	30
(2) disfunctioneel gezinstype (GDS)	8.4	20	19.3	46
(3) veel stress (VMG)	30.3	72	42.8	102
(4) residentieel	2.1	5	45.0	107

Vervolgens is onderzocht of er samenhang bestond tussen de kwaliteit van de opvoedingsomgeving en de onderscheiden acht demografische/diagnostische kenmerken. Hiertoe zijn Pearson correlaties berekend. De resultaten staan vermeld in tabel 7.18. Er werden geen samenhangen gevonden tussen de kwaliteit van de opvoedingsomgeving en de acht kenmerken. Alleen de samenhang tussen opvoedingsomgeving en SES benaderde het significantieniveau ($p=.017$); een ongunstige opvoedingsomgeving kwam vooral voor in gezinnen met een lage SES.

Tabel 7.18. Opvoedingsomgeving: correlaties demografische/diagnostische kenmerken, DSSHS-groep.

Opvoedingsomgeving	etnische afkomst N=238	geslacht N=238	leeftijd N=238	intelligentie N=230	SES N=235	gehoorverlies N=238	communicatie N=234	schooltype N=238
Gunstig versus Ongunstig	0.02	-0.01	-0.10	-0.13	0.04	-0.16	-0.02	0.02

7.5.2 Samenvatting

Nagegaan is wat de actuele kwaliteit van opvoedingsomgeving van de dove kinderen was. De opvoedingsomgeving had betrekking op de drie domeinen, de ervaren gezinsbelasting, het gezinsfunctioneren en de meegemaakte stressvolle levensgebeurtenissen tezamen. Middels een dichotome (gunstig versus ongunstig) benaderingswijze zijn vier indicatoren van de opvoedingsomgeving onderzocht: uitzonderlijk hoge scores voor vijf van de acht categorieën van gezinsbelasting (gebaseerd op de NVOS), de classificatie 'Disfunctioneel Gezinstype' (gebaseerd op de GDS), een hoge stress-score (gebaseerd op de VMG) en bij ontbrekende gegevens van genoemde indicatoren het verblijf in een residentiële zorgsetting.

Van de 238 gezinnen had 45% op enigerlei wijze een verstoorde opvoedingsomgeving. Er bleken geen significante samenhangen tussen de kwaliteit van de opvoedingsomgeving en de acht demografische/diagnostische kenmerken etnische afkomst, geslacht, leeftijd, intelligentieniveau en gehoorverlies van het kind, SES, communicatie ouder-kind en schooltype. De relatie tussen opvoedingsomgeving en SES benaderde het significantieniveau ($p=.017$); een ongunstige opvoedingsomgeving kwam vooral voor in gezinnen met een lage SES.

Hoofdstuk 8

Predictie van emotionele problemen/gedragsproblemen

8.1 Inleiding

In Hoofdstuk 8 worden de samenhangen onderzocht tussen de door opvoeders gerapporteerde emotionele problemen/gedragsproblemen, de opvoedingsomgeving en de demografische en diagnostische variabelen. Op deze wijze wordt onderzocht met welke factoren emotionele problemen en gedragsproblemen verband houden. Er wordt eerst een nadere uitwerking gegeven van het in Hoofdstuk 4 gepresenteerde onderzoeksmodel. Daarna worden de resultaten vermeld van het predictiemodel. Hoofdstuk 8 wordt met een samenvatting afgesloten.

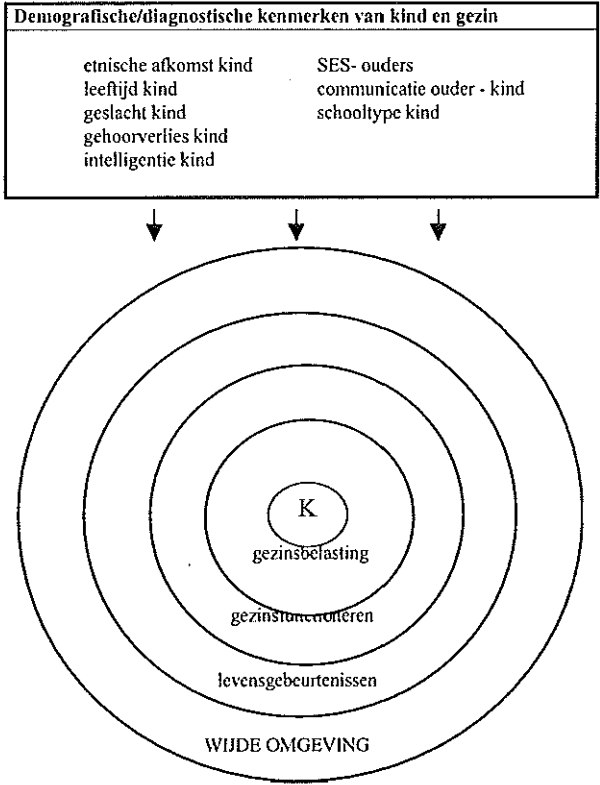
8.2 Onderzoeksmodel

8.2.1 Overwegingen bij het onderzoeksmodel

Als kinderen emotionele problemen en gedragsproblemen vertonen zijn er vaak ook problemen in de opvoedingsomgeving. Een aanname is dat factoren in de opvoedingsomgeving bijdragen aan het ontstaan, of voortbestaan van de emotionele problemen en gedragsproblemen. In dit onderzoek is nagegaan welke factoren uit de opvoedingsomgeving en welke demografische/diagnostische kenmerken bijdragen aan de mate van emotionele problemen en gedragsproblemen bij DSSHS-kinderen. Met de opvoedingsomgeving wordt bedoeld op het geheel van relaties en situaties van en rond kinderen en hun opvoeders (Veerman, 1995).

In de literatuur zijn diverse modellen aan te treffen waarin het functioneren van kind en opvoedingsomgeving in onderlinge samenhang worden weergegeven. In dit onderzoek is uitgegaan van het eerder (zie Hoofdstuk 4) gepresenteerde en hier verder uitgewerkte model (in figuur 8.1; gemakshalve nogmaals weergegeven) (zie Veerman, 1988).

Figuur 8.1. Het onderzoeksmodel.



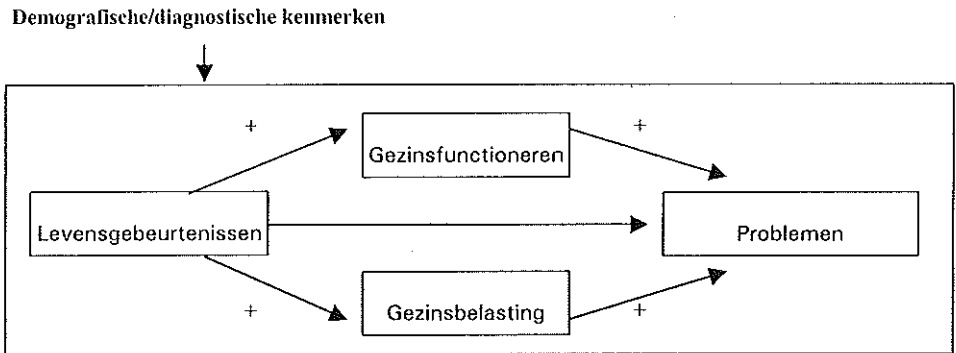
In dit model stond als ‘onderzoeksobject’ centraal: ‘de emotionele problemen en gedragsproblemen van het DSSHS-kind’ (K) (zie ook Hoofdstuk 4). De aanname omtrent de onderscheiden deelaspecten, Veerman (1988) noemt die deelaspecten ook wel ‘schillen’, is dat deze wat betreft hun invloed op het emotionele en gedragsmatige functioneren van de DSSHS-kinderen hiërarchisch geordend kunnen worden. De onderscheiden deelaspecten of domeinen zijn de ervaren gezinsbelasting, het gezinsfunctioneren en de levensgebeurtenissen. Uitgangspunt voor het model is dat de deelaspecten van de opvoedingsomgeving, de gezinsbelasting, het gezinsfunctioneren en de levensgebeurtenissen, in de

genoemde volgorde steeds minder invloed uitoefenen op het emotionele en gedragsmatige functioneren van het kind. Bovendien beïnvloeden de genoemde kenmerken en aspecten elkaar. Dit wordt hierna toegelicht.

In de eerste schil is de door ouders ervaren gezinsbelasting geplaatst. Hiermee wordt bedoeld op de belasting die ouders ervaren in de opvoeding van hun kind. In onderzoek is (indirect) verband gevonden tussen de gezinsbelasting en de vorm van hulpverlening waarvoor een kind wordt aangemeld door de ouders. Hoe meer belasting wordt ervaren door ouders, des te zwaarder de vorm van hulpverlening die ingeschakeld werd (Wels & Robbroeckx, 1996). Korenromp & Vergeer (1993) vonden een (direct) verband tussen gezinsbelasting en emotionele problemen en gedragsproblemen. Het gezinsfunctioneren is in de tweede schil geplaatst. Er wordt verondersteld dat het gezinsfunctioneren, in termen van Adaptatie en Cohesie (zie Olson, Russell & Sprenkle, 1979), het gedragsmatige functioneren van kinderen beïnvloedt. In diverse onderzoeken werd dit bevestigd (zie Dadds, 1995; Kazdin, 1987; Hermans & Buurmeijer, 1988a; Veerman, 1990), in ander onderzoek overigens niet (Green, Harris, Forte & Robinson, 1991). Adaptatie slaat op het vermogen van het gezinssysteem om te veranderen ingegeven door eisen en verwachtingen die gesteld worden door de situatie. Cohesie verwijst naar de emotionele betrokkenheid tussen de gezinsleden. In de derde schil zijn de levensgebeurtenissen opgenomen. Dit zijn gebeurtenissen die in elk gezin wel eens plaatsvinden, zoals ziekte, een verhuizing of een ziekenhuisopname. Het zijn dus ervaringen die onontkoombaar en onafwendbaar zijn en daarmee als relatief zelfstandige grootheden beschouwd kunnen worden. Relatief, omdat de wijze waarop op deze gebeurtenissen gereageerd wordt (positief of negatief) voor ieder kind anders kan zijn. Dit wordt in hoge mate bepaald door een complex van kind-, gezins- en wijde omgevingsfactoren. De levensgebeurtenissen (life-events) hebben invloed op het psychisch functioneren en gedrag van een kind (zie Berden, e.a., 1988, Berden, 1992; Goodyer, 1990; Veerman, 1990).

In figuur 8.2 is weergegeven hoe de 'schillen' ten opzichte van elkaar gerelateerd zijn. Er is verondersteld dat er een directe invloed is van het meemaken van levensgebeurtenissen op de overige twee factoren van de opvoedingsomgeving, het gezinsfunctioneren en de gezinsbelasting: het meemaken van stress zet de omgang van de gezinsleden onder druk en doet de ervaren belasting toenemen. Daarmee hebben levensgebeurtenissen een indirecte invloed op het gedrag van het kind. Ook wordt aangenomen dat, los van hun onderlinge betrokkenheid, er een directe invloed uitgaat van meegemaakte stress, het gezinsfunctioneren en de gezinsbelasting op het gedrag van het kind: het meemaken van veel levensgebeurtenissen, de omgang van de gezinsleden en de ervaren belasting zal de kans op emotionele problemen en gedragsproblemen verhogen. De veronderstelde samenhangen zijn in figuur 8.2 met een '+' aangegeven.

Figuur 8.2. Theoretisch model: veronderstelde relaties gezinsbelasting, gezinsfunctioneren, meegemaakte gebeurtenissen en gedragsproblemen.



8.2.2 Operationalisering van de factoren

Om eventuele verbanden tussen emotionele problemen/gedragsproblemen, de opvoedingsomgeving en de acht demografische/diagnostische kenmerken te onderzoeken, is een aantal factoren geselecteerd. De factoren en de overwegingen daarbij worden nu eerst besproken. Hiervoor is de keuze toegelicht om als afhankelijke variabele emotionele problemen/gedragsproblemen op te nemen. De keuze is daarbij gevallen op drie CBCL-schalen: Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren, omdat voor deze verschillende probleemschalen mogelijk andere samenhangen gevonden zouden worden met de onafhankelijke variabelen. Als onafhankelijke variabelen zijn de hierna genoemde aspecten van de opvoedingsomgeving opgenomen: (1) drie categorieën van gezinsbelasting uit het 3-factor model, te weten Gezinsbelasting, Bedreigde Opvoedingsfeer en Alleen staan (zie ook 7.2.1 en Bijlage C1 en C2). Er is voor gekozen om deze drie factoren te gebruiken en niet de acht onderscheiden categorieën van gezinsbelasting. Een overweging hierbij was dat de acht individuele categorieën een zekere overlap hebben (zie Wels & Robbroeckx, 1996); (2) het gezinsfunctioneren: de scores van de dimensies Adaptatie en Cohesie. Beide dimensies lijken een goede indicator voor het meten van het gezinsfunctioneren (zie Olson, Sprenkle & Russell, 1979); (3) het totaal van stressvolle levensgebeurtenissen die het kind heeft meegemaakt gedurende de laatste twee jaar voorafgaand aan dit onderzoek: alle positief en negatief ervaren en de niet beoordeelde (positieve/negatieve beleving niet bekend) levensgebeurtenissen (VMGTOT-2 jaar score). De overweging was dat deze score als goede indicator gezien kan worden voor de meegemaakte stress (zie 7.4.2.2; Veerman, e.a., 1997) en (4) de acht demografische en diagnostische kenmerken:

etnische afkomst, leeftijd, geslacht, intelligentieniveau, gehoorverlies, SES, communicatie ouder-kind en schooltype (zie Bijlage A). Deze kenmerken waren eerder, in Hoofdstuk 6 en Hoofdstuk 7, opgenomen in de separate analyses. In die analyses kwamen diverse verbanden met emotionele problemen/gedragsproblemen, gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en stressvolle levensgebeurtenissen naar voren. Bovendien bleken deze acht kenmerken onderling (zwak) gerelateerd (zie Bijlage F1).

8.3 Voorspellen van emotionele problemen/gedragsproblemen

8.3.1 Partiële correlaties

Met het berekenen van partiële correlaties kan onder meer nagegaan worden wat de effecten zijn van het uitpartialiseren van een derde (set) onafhankelijke variabele(n) op de correlatie tussen twee variabelen. In dit geval werd de vraag gesteld of de acht demografische en diagnostische kenmerken die geselecteerd waren, de derde set variabelen, van invloed waren op de correlaties tussen emotionele problemen/gedragsproblemen en de factoren van de opvoedingsomgeving. Daartoe zijn zowel de correlaties als de partiële correlaties berekend tussen de factoren van de opvoedingsomgeving en emotionele problemen/gedragsproblemen na uitpartialisering van diezelfde acht demografische en diagnostische kenmerken. De resultaten staan vermeld in tabel 8.1. Bij de berekening van de Pearson correlaties, in de eerste kolom van tabel 8.1, is de eventuele invloed van de acht kenmerken op de berekende correlaties meegenomen. In de tweede kolom staan de partiële correlaties vermeld; de eventuele invloed van de acht kenmerken op de samenhangen tussen emotionele problemen/gedragsproblemen en de factoren van de opvoedingsomgeving is uitgepartialiseerd, dat wil zeggen dat hun mogelijke invloed neutraal is gemaakt. Van 206 (van de 238: 86.6%) DSSHS-kinderen waren alle gegevens beschikbaar.

Uit tabel 8.1 is af te leiden dat de correlaties en de partiële correlaties tussen de CBCL-scores en de scores van de factoren van de opvoedingsomgeving nauwelijks verschillen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de acht demografische en diagnostische kenmerken zelf weinig tot geen noemenswaardig effect hebben op de relaties tussen emotionele problemen/gedragsproblemen en de factoren van de opvoedingsomgeving. Hiermee wordt bevestigd dat de samenhangen zwak zijn, zoals eerder bleek bij de in Hoofdstuk 6 en Hoofdstuk 7 gepresenteerde separate analyses. Om die reden zijn deze kenmerken in de volgende analyses niet meer

betrokken. De uitkomsten in 8.1 tonen bovendien de significante samenhangen tussen de CBCL-scores en de scores van de factoren van de opvoedingsomgeving (de drie 'schillen'). Ook blijkt dat de (partiële) correlaties in sterkte afnamen in volgorde van gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en levensgebeurtenissen. Dit kwam overeen met de verwachte afnemende invloed van de drie 'schillen', zoals beschreven in de uitgangspunten bij het onderzoeksmodel (zie 8.2.1).

Tabel 8.1. (Partiële) Correlaties emotionele problemen/gedragsproblemen (T-scores), gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en levensgebeurtenissen. DSSHS-kinderen N=206.

Categorieën	Totale Problemen		Internaliseren		Externaliseren	
	r	partiële r	r	partiële r	r	partiële r
Gezinsbelasting (3-factor model)						
Bedreigde						
Opvoedingssfeer	0.46**	0.43**	0.45**	0.43**	0.40**	0.37**
Gezinsbelasting	0.58**	0.58**	0.52**	0.52**	0.54**	0.54**
Alleen Staan	0.16	0.14	0.22*	0.20*	0.10	0.09
Gezinsfunctioneren						
Adaptatie	0.39**	0.38**	0.37**	0.35**	0.32**	0.31**
Cohesie	-0.18*	-0.22*	-0.21*	-0.23**	-0.13	-0.17*
Levensgebeurtenissen						
VMGTOT-2 jaar	0.23**	0.24**	0.20*	0.21*	0.23**	0.23**
* p ≤ .01 ** p ≤ .001						
# partiële r: in alle correlaties is voor de acht demografische en diagnostische variabelen gecontroleerd (df=196)						

8.3.2 Correlaties CBCL-scores en factorscores opvoedingsomgeving

Om na te gaan of er samenhangen waren tussen emotionele problemen/gedragsproblemen en de verschillende factoren van de opvoedingsomgeving, zonder gelijktijdig rekening te houden met hun onderlinge verbanden, zijn Pearson correlaties berekend. De gegevens staan vermeld in tabel 8.2.

De gevonden correlaties wijzen, op enkele uitzonderingen na, op relatief sterke verbanden tussen emotionele problemen/gedragsproblemen en de factoren van de opvoedingsomgeving. Het bleek dat een hogere gezinsbelasting en een slechter gezinsfunctioneren samen gaat met meer emotionele problemen en gedragsproblemen. De correlaties voor de factoren Bedreigde Opvoedingssfeer, Gezinsbelasting en Adaptatie met Totale problemen, Internaliseren en Externaliseren bleken het sterkst.

Tabel 8.2. Correlaties tussen CBCL-scores (T-scores) en de scores van de factoren van de opvoedingsomgeving, DSSHS-groep N=206.

Factoren	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
(1) Bedreigde Opvoedingsfeer									
(2) Gezinsbelasting	.78**								
(3) Alleen Staan	.34**	.42**							
(4) Adaptatie	.39**	.45**	.24**						
(5) Cohesie	-.30**	-.35**	-.29**	-.57**					
(6) Levensgebeurtenissen	.05	.14	.16	.17*	-.09				
(7) Totale Problemen	.46**	.58**	.16	.39**	-.18*	.23*			
(8) Internaliseren	.45**	.52**	.22*	.37**	-.21*	.20*	.81**		
(9) Externaliseren	.40**	.54**	.10	.32**	-.13	.23**	.88**	.59**	
* p ≤ .01 ** p ≤ .001									

Ook de factoren van de opvoedingsomgeving onderling, met uitzondering voor Levensgebeurtenissen, correleerden (vrij) sterk. In alle gevallen ging een grote belasting samen met een Chaotisch en Los-zand gezinsfunctioneren. Het feit dat er slechts een samenhang voor de factor Levensgebeurtenissen met de overige factoren van de opvoedingsomgeving werd gevonden, namelijk met Adaptatie, wijst er op dat levensgebeurtenissen, zoals eerder gesteld (zie 8.2.1) relatief autonome problemen zijn. Van gezinsbelasting correleerde de factor Alleen Staan niet met Totale Problemen en Externaliseren en van gezinsfunctioneren de factor Cohesie niet met Externaliseren. Eerder (in 8.3.1) werd al gewezen op de afnemende invloed van de drie 'schillen' op emotionele problemen/gedragsproblemen, zoals ook in tabel 8.2 blijkt. De correlaties met Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren namen in sterkte af in volgorde van de factoren van gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en levensgebeurtenissen.

8.3.3 Regressie-analyses

Een multivariate analyse is aangewezen om de samenhang van factoren uit de opvoedingsomgeving met emotionele problemen en gedragsproblemen te onderzoeken en wel gelijktijdig met de onderlinge verbanden tussen deze opvoedingsfactoren rekening te houden. Met het oog op de vraagstelling bij het gebruikte onderzoeksmodel (zie figuur 8.2 en 8.3), het bepalen van de bijdrage van de diverse factoren van de opvoedingsomgeving (onafhankelijke variabelen; zie 8.2.1) aan de emotionele problemen en gedragsproblemen (afhankelijke variabele; zie 8.2.1) en het onderzoeken van de veronderstelde directe en indirecte verbanden tussen de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele, was in het bijzonder een multi-pele regressie-analyse geschikt.

Om het in figuur 8.2 voorgestelde theoretisch model te onderzoeken is eerst nagegaan of de zes factoren van de opvoedingsomgeving gereduceerd konden worden tot de drie in het model voorgestelde factoren, gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en levensgebeurtenissen. Om te beginnen werd, mede op basis van bovenvermelde bevindingen (8.3.2), de factor Levensgebeurtenissen (gemeten met de VMG) als een op zichzelf staande factor beschouwd. De overige vijf onafhankelijke variabelen van de opvoedingsomgeving (gemeten met de NVOS en de GDS) werden onderworpen aan een principale componenten factoranalyse (met varimax-rotatie). Gegevens van 206 (van de 238: 86.6%) DSSHS-kinderen zijn in de analyse meegenomen. Van de overige 32 DSSHS-kinderen bleken een of meer van de benodigde gegevens niet beschikbaar. Deze DSSHS-kinderen zijn uitgesloten van deze analyses. De uitkosten van de factoranalyse staan in tabel 8.3.

Tabel 8.3. Uitkomsten principale componenten factoranalyse opvoedingsfactoren: ladingen en verklaarde variantie.

Variabelen	Factor 1	Factor 2
3 factor model NVOS:		
Bedreigde Opvoedingsfeer	0.87	0.19
Gezinsbelasting	0.88	0.25
Alleen Staan	0.64	0.15
Gezinsfunctioneren:		
Adaptatie	0.27	0.83
Cohesie	0.16	0.88
Eigenwaarde	2.68	0.94
Verklaarde variantie	53.7	18.9
Opmerking 1: Per variabele is de hoogste lading vet weergegeven		
Opmerking 2: Totaal verklaarde variantie 72.6%		

Het bleek dat de vijf variabelen op een goed te interpreteren wijze onder twee factoren waren te rubriceren, die tezamen bijna 73% van de variantie verklaarden. Op de eerste factor laadden de drie NVOS-schalen, met een verklaarde variantie van 53.7% en op de tweede factor de twee GDS-schalen (voor de schaal Cohesie waren de scores omgedraaid zodat ook hier hoge scores op een ongunstige invloed duiden) met een verklaarde variantie van 18.9%. De eerste factor kon dientengevolge als Gezinsbelasting worden benoemd, de tweede factor als Gezinsfunctioneren.

Vervolgens werd het aldus tot drie onafhankelijke variabelen gereduceerde model drie keer getoetst. Voor elke toetsing werden steeds drie regressievergelijkingen opgesteld: (1) de regressie van Gezinsfunctioneren op Levensgebeurtenissen (VMGTOTp2-score) en (2) de regressie van Gezinsbelasting op

Levensgebeurtenissen. Met deze twee vergelijkingen konden de indirecte effecten van levensgebeurtenissen op emotionele problemen en gedragsproblemen worden geschat. Beide vergelijkingen waren overigens voor de drie navolgende regressie-analyses voor de onderscheiden scores van emotionele problemen/ gedragsproblemen gelijk en behoeften daarom slechts één keer uitgevoerd te worden; (3) de regressie van één van de drie onderscheiden factoren van emotionele problemen/gedragsproblemen (T-scores van Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren) op de combinatie van Levensgebeurtenissen, Gezinsfunctioneren en Gezinsbelasting. Het betreft dus een volledig regressiemodel waarbij voor elke afzonderlijke onafhankelijke variabele de invloed van de andere twee onafhankelijke variabelen uitgepartialiseerd werden. Hiermee konden de directe effecten van de drie factoren van de opvoedingsomgeving op de emotionele problemen/ gedragsproblemen worden geschat. In Bijlage F2 is de volledige modelspecificatie gegeven. De uitkomsten van de regressie-analyses worden hierna besproken.

8.3.4 Uitkomsten regressie-analyses

Bij multiple regressie-analyses zijn vooral twee uitkomsten van belang. Allereerst de uitkomst in de vorm percentages verklaarde variantie (R^2). De R^2 -waarden geven steeds een indicatie van de verklaarde variantie van de onafhankelijke variabelen voor de afhankelijke variabele. Een tweede belangrijke uitkomst is in de vorm van bèta-coëfficiënten. Dat zijn gestandaardiseerde parameters voor de bijdrage aan de verklaarde variantie, van de in de analyse opgenomen variabelen. Ze geven een indicatie van de mate van samenhang tussen de betreffende (set) afhankelijke en onafhankelijke variabelen. Eerder werden (in 8.2.1) de theoretische verwachtingen gespecificeerd. In tabel 8.4 is het overzicht van de uitkomsten van de drie regressievergelijkingen weergegeven voor respectievelijk Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren.

Blijkbaar heeft het meemaken van stressvolle gebeurtenissen niet een dusdanige invloed op het gezinsfunctioneren en/of de gezinsbelasting, dat dááardoor emotionele problemen/gedragsproblemen toenemen (bèta-coëfficiënten respectievelijk 0.12 en 0.11; niet significant). Er zijn daarom geen significante indirecte effecten van Levensgebeurtenissen op Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren. Er waren wel verschillende directe effecten. Allereerst was er een significant direct effect van Levensgebeurtenissen op Totale Problemen en Externaliseren (en niet op Internaliseren): meer levensgebeurtenissen en meer gezinsbelasting hangen samen met meer problemen. De bèta-coëfficiënten waren voor beide factoren 0.16 ($p \leq .01$). Verder had Gezinsfunctioneren een direct effect

op Totale Problemen en Internaliseren (en niet voor Externaliseren): een inadequaat gezinsfunctioneren gaat samen met meer problemen. De bèta-coëfficiënten waren 0.20 en 0.21 ($p \leq .001$). Gezinsbelasting tenslotte had een direct effect op Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren: meer gezinsbelasting hing samen met meer problemen. De bèta-coëfficiënten waren ≥ 0.40 . De totale verklaarde variantie van de drie factoren voor respectievelijk Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren was 30%, 28% en 23%.

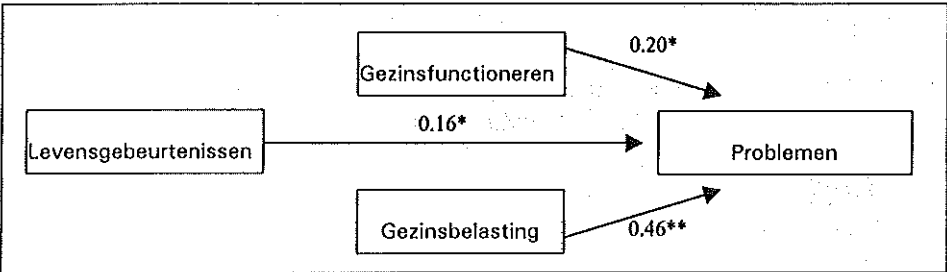
Tabel 8.4. Empirisch vastgestelde indirecte en directe effecten van het volledige model voor Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren (T-scores), DSSHS-groep N=206.

Afhankelijke variabelen	Onafhankelijke variabelen	Bèta	R ²	F
Gezinsfunctioneren	Levensgebeurtenissen	0.12	0.02	3.18
Gezinsbelasting	Levensgebeurtenissen	0.11	0.01	2.68
Totale Problemen	Levensgebeurtenissen	0.16*	0.30	28.23**
	Gezinsfunctioneren	0.20*		
	Gezinsbelasting	0.46**		
Internaliseren	Levensgebeurtenissen	0.12	0.28	25.56**
	Gezinsfunctioneren	0.21**		
	Gezinsbelasting	0.44**		
Externaliseren	Levensgebeurtenissen	0.16**	0.23	19.83**
	Gezinsfunctioneren	0.14		
	Gezinsbelasting	0.40**		

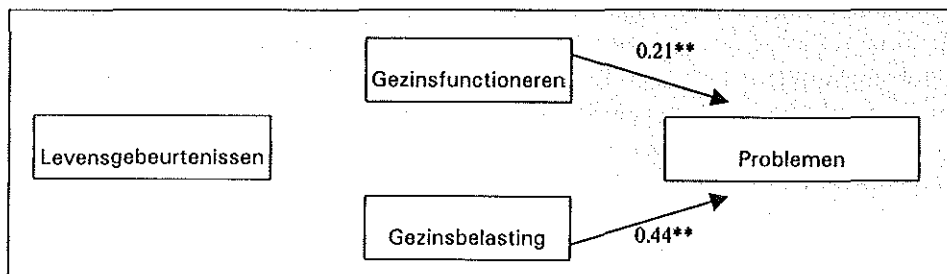
* $p \leq .01$ ** $p \leq .001$

Een grafisch overzicht van de regressie-uitkomsten staat in figuur 8.3 tot 8.5.

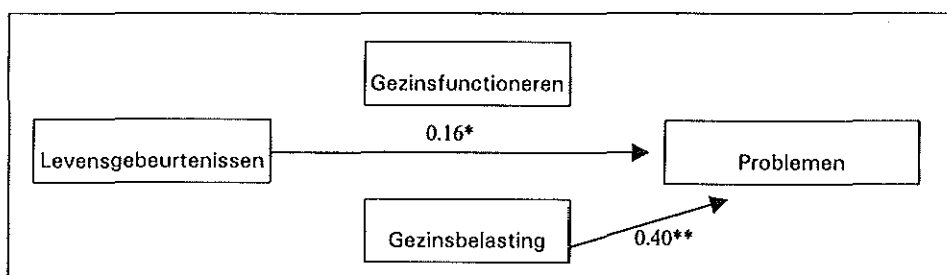
Figuur 8.3. Empirisch model voor Totale Problemen, DSSHS-groep N=206.



Figuur 8.4. Empirisch model voor Internaliseren, DSSHS-groep, N = 206.



Figuur 8.5. Empirisch model voor Externaliseren, DSSHS-groep, N = 206.



8.4 Samenvatting

Het gebruikte onderzoeksmodel veronderstelde dat omgevingsinvloeden inwerken op het kindfunctioneren, c.q. het emotionele en gedragsmatige functioneren van de DSSHS-kinderen. De omgevingsfactoren waren ingedeeld in 'schillen' rondom het kindfunctioneren. Zo werden, in volgorde van de veronderstelde invloed, de aspecten van de opvoedingsomgeving, respectievelijk de gezinsbelasting, het gezinsfunctioneren en de levensgebeurtenissen onderscheiden.

Middels (partieel) correlatie-onderzoek werd vastgesteld dat de invloed van de demografische/diagnostische kenmerken (etnische afkomst, geslacht, leeftijd, gehoorverlies en intelligentieniveau van het kind, SES, communicatie ouder-kind en schooltype) op de mate van emotionele problemen en gedragsproblemen te verwaarlozen was. De onderlinge correlaties van de scores van de factoren van de opvoedingsomgeving varieerden van .06 tot .78. De correlaties met levensgebeurtenissen waren het laagst. De factor Alleen Staan hing niet samen met de Totale Problemen en Externaliseren, Cohesie niet met Externaliseren.

Uit de uitgevoerde principale componenten factoranalyse bleken de drie schalen van gezinsbelasting en de twee schalen van gezinsfunctioneren gereduceerd te kunnen worden tot twee nieuwe factoren Gezinsbelasting en Gezinsfunctioneren. De verklaarde variantie was bijna 73%. De factor Levensgebeurtenissen is als een aparte factor beschouwd.

Middels multiële regressie-analyses is op basis van het onderzoeksmodel de indirecte en directe bijdragen van de drie 'nieuwe' factoren van de opvoedingsomgeving, Gezinsbelasting, Gezinsfunctioneren en Levensgebeurtenissen, aan de emotionele problemen en gedragsproblemen bezien. Er bleek geen indirect effect voor Levensgebeurtenissen. Levensgebeurtenissen had wel een direct effect op (de scores van) Totale Problemen en Externaliseren (meer gebeurtenissen gaan samen met meer problemen), niet op Internaliseren. Gezinsbelasting had een direct effect op Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren (meer gezinsbelasting gaat samen met meer problemen). Gezinsfunctioneren had een direct effect op Totale Problemen en Internaliseren (een inadequaar functioneren gaat samen met meer problemen), niet op Externaliseren. De verklaarde variantie voor de drie factoren Levensgebeurtenissen, Gezinsfunctioneren en Gezinsbelasting gezamenlijk waren respectievelijk voor Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren 30%, 28% en 23%.

Hoofdstuk 9

Besluit

9.1 Inleiding

Dit onderzoek startte met de algemene vraag hoe dove kinderen emotioneel en gedragsmatig functioneren en hoe de actuele opvoedingsomgeving waarin zij verkeren, is te kenschetsen. Het betrof dove kinderen, die de dovenschool van het Instituut voor Doven Effatha of een slechthorendenschool (hierna: de DSSHS-kinderen) bezochten. Hierbij zijn de gegevens van de DSSHS-kinderen met die van normale groepen vergeleken. Dit onderzoek werd gekarakteriseerd als een vorm van klinisch-epidemiologisch onderzoek.

Ten aanzien van het emotioneel en gedragsmatig functioneren ging de interesse met name uit naar de prevalentie en de aard van de problemen bij DSSHS-kinderen. Wat betreft de actuele opvoedingsomgeving is een drietal aspecten onderscheiden, te weten de gezinsbelasting, zoals ervaren door de ouders, het gezinsfunctioneren, zoals beoordeeld door de ouders, en de levensgebeurtenissen die het dove kind heeft meegemaakt.

Verder is de samenhang onderzocht van acht onafhankelijke variabelen (etnische afkomst, leeftijd, geslacht, intelligentieniveau en gehoorverlies van het kind, de sociaal-economische status (SES) van het gezin, de communicatie tussen ouder en kind en het schooltype dat het kind bezocht) met het emotioneel en gedragsmatig functioneren en met de eerder genoemde aspecten van de opvoedingsomgeving. Tenslotte werd de vraag gesteld in hoeverre er samenhang was tussen het emotioneel en gedragsmatig functioneren, de verschillende aspecten van de opvoedingsomgeving en de acht onafhankelijke variabelen.

In Hoofdstuk 9 worden eerst de bevindingen ten aanzien van emotionele problemen/gedragsproblemen, de opvoedingsomgeving en hun onderlinge verbanden weergegeven, gevolgd door een discussie. Daarna worden (methodologische) kanttekeningen geplaatst bij dit onderzoek. Vervolgens wordt ingegaan op de implicaties en de aanbevelingen voor onderzoek en praktijk van de hulpverlening aan doven. Hoofdstuk 9 wordt afgesloten met een samenvatting.

9.2 Beantwoording van de vraagstellingen

De onderzoeksgroep bestond uit 238 enkelvoudig gehandicapte dove kinderen, 138 jongens en 100 meisjes in de leeftijd van 4-18 jaar. Het gemiddelde gehoorverlies van alle kinderen was 90 decibel of hoger. Van de 238 kinderen waren 175 kinderen (respons: 90.2%) afkomstig van het Instituut voor Doven Effatha te Voorburg/Zoetermeer (DS-kinderen) en bezochten 63 kinderen (respons: 42%) één van de ruim 30 scholen voor slechthorende kinderen (SHS-kinderen). Zoals eerder toegelicht (zie Hoofdstuk 5), werd het aannemelijk geacht dat de onderzoeksgroep representatief is voor de totale groep enkelvoudig dove kinderen in Nederland.

Door medewerking van de betreffende scholen konden de ouders van de dove kinderen benaderd worden. Na hun toezegging om mee te werken zijn hen vragenlijsten toegestuurd die zij zelfstandig hebben ingevuld. Nadien zijn door interviewers aanvullende thuisinterviews gehouden. Na toestemming van de ouders is bij derden (psycholoog, audioloog) informatie ingewonnen omtrent enkele demografische en diagnostische gegevens (intelligentieniveau, gehoorverlies) van de dove kinderen.

De drie hoofdvragen van het onderzoek waren als volgt geformuleerd (zie Hoofdstuk 4):

- Wat is de prevalentie van emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove kinderen?
- Hoe is de opvoedingsomgeving van gezinnen met een doof kind te kwalificeren?
- Welke demografische en diagnostische factoren en welke factoren van de opvoedingsomgeving houden verband met de emotionele problemen en gedragsproblemen?

De bevindingen met betrekking tot ieder van deze vragen worden hierna kort weergegeven.

9.2.1 Emotionele problemen/gedragsproblemen en de opvoedingsomgeving

9.2.1.1 Bevindingen

Emotionele problemen en gedragsproblemen

De eerste vraag betrof de actuele situatie van het emotioneel en gedragsmatig functioneren van dove kinderen. Vastgesteld werd dat ruim 41% (98/238) van de DSSHS-kinderen aanzienlijke emotionele problemen en gedragsproblemen had. Als indicator hiervoor diende de Totale Probleemscore in de zogenoemde borderline range/klinische range van de Child Behavior Checklist (CBCL). De prevalentiecijfers van de vier DSSHS-groepen waren als volgt: DSSHS-jongens 4-11 jaar: 38%; DSSHS-jongens 12-18 jaar: 46%; DSSHS-meisjes 4-11 jaar: 35% en DSSHS-meisjes 12-18 jaar: 47%. De gemiddelde Totale Probleemscore van alle vier de DSSHS-groepen was significant (ruim een halve standaarddeviatie) hoger dan de scores van de algemene bevolkingsgroep. De prevalentiecijfers van de schalen Internaliseren en Externaliseren van de vier DSSHS-groepen lagen tussen 32% en 45%, bijna tweemaal tot driemaal hoger dan van de niet-dove groep. Ook de gemiddelde scores op de schalen Internaliseren en Externaliseren waren significant (rond een halve standaarddeviatie) hoger dan in de algemene bevolkingsgroep. Bij de overige probleemschalen was het beeld divers. Zo waren de prevalentiecijfers in de DSSHS-groepen, op een enkele uitzondering na, bij de probleemschalen Sociale Problemen en Agressief Gedrag significant hoger dan van de algemene bevolkingsgroep. Deze gemiddelde scores waren significant (een halve tot één standaarddeviatie) hoger dan in de algemene bevolkingsgroep. De prevalentiecijfers voor de schalen Angstig/ Depressief en Delinquentie verschilden niet significant van die van de niet-dove groepen. De gemiddelde schaalesscore van Angstig/Depressief van de DSSHS-kinderen 12-18 jaar (zowel jongens als meisjes) verschilde significant met de algemene bevolkingsgroep. De DSSHS-jongens 4-11 jaar hadden significant hogere scores voor de schaal Delinquentie. DSSHS-jongens 4-18 jaar hadden significant hogere scores voor Denkproblemen. Bij de schalen Lichamelijke Klachten en Sexproblemen weken de prevalentiecijfers en de gemiddelde scores van de DSSHS-kinderen niet af.

Opvoedingsomgeving

De tweede vraag betrof de actuele opvoedingssituatie van dove kinderen. Op vijf van de acht categorieën van gezinsbelasting (Acceptatie, Aankunnen, Problemen hebben, Kind is Belasting en Alleen Staan) had de DSSHS-groep significant hogere scores dan de normgroep. Voor de scores van de categorieën Situatie anders, Plezier hebben en Goede Omgang waren er geen verschillen tussen de DSSHS-groep en de normgroep. De percentages gezinnen van de DSSHS-kinderen die, per categorie, een aanzienlijke gezinsbelasting ervoeren, varieerden van 14%

voor Situatie anders tot 37% voor Acceptatie. Het totaalbeeld van de ervaren gezinsbelasting beschouwend, ervoer ruim 12% van de gezinnen van de DSSHS-kinderen een grote belasting. Van de gezinnen van de DSSHS-kinderen werd het gezinsfunctioneren voor ruim 56% geclassificeerd als Functioneel, 35% als Onevenwichtig en 9% als Disfunctioneel. Dit week niet af van de normgroep. Van de DSSHS-kinderen had ruim 30% extreem veel stressvolle gebeurtenissen ervaren gedurende de laatste twee jaar voorafgaand aan dit onderzoek. Verder was het aantal gebeurtenissen dat de DSSHS-kinderen gedurende het laatste jaar en gedurende de laatste twee jaar had meegemaakt significant hoger en was het aantal positief ervaren gebeurtenissen gedurende hun hele leven significant lager dan van de normgroep. Het totaalbeeld van de opvoedingsomgeving, op basis van uitzonderlijk ervaren gezinsbelasting, disfunctioneel gezinsfunctioneren en uitzonderlijk meegemaakte stress ten gevolge van levensgebeurtenissen tezamen, bleek in 45% van de gezinnen van de DSSHS-kinderen ongunstig.

Demografische en diagnostische factoren in relatie tot emotionele problemen en gedragsproblemen

Emotionele problemen en gedragsproblemen werden, wat betreft de gemiddelde schaa scores, niet beïnvloed door geslachtsverschillen. Etnische afkomst correleerde met Sexproblemen (DSSHS-kinderen van 4-11 jaar, met een niet-Nederlandse achtergrond, vertoonden meer problemen), leeftijd hing samen met Angstig/ Depressief en Sociale Problemen (oudere kinderen vertoonden meer problemen), intelligentieniveau correleerde met Sociale Problemen, Denkproblemen en Aandachtsproblemen (DSSHS-kinderen met een lager intelligentieniveau vertoonden meer problemen) en communicatie tussen ouder en kind correleerde met Totale Problemen (bij een slechte communicatie hadden DSSHS-kinderen meer problemen).

Ten aanzien van de factoren van de *opvoedingsomgeving* correleerde communicatie ouder-kind significant met alle categorieën en factoren (behoudens Alleen Staan) van gezinsbelasting en met de twee dimensies van gezinsfunctioneren, Adaptatie en Cohesie (een slechte onderlinge communicatie tussen ouder en kind hing in alle gevallen samen met meer ervaren belasting en met een chaotisch en los-zand gezinsfunctioneren). Intelligentieniveau correleerde significant met Bedreigde Opvoedingssfeer (ouders van DSSHS-kinderen met een relatief laag intelligentieniveau ervoeren meer problemen) en met levensgebeurtenissen (DSSHS-kinderen met een lager intelligentieniveau hadden meer negatief ervaren gebeurtenissen gedurende hun gehele leven en minder positieve gebeurtenissen meegemaakt gedurende het laatste jaar voorafgaand aan dit onderzoek). Schooltype hing samen met de categorieën Aankunnen en Alleen Staan van gezinsbelasting (de ouders van de DS-kinderen bleken in alle gevallen meer problemen te ervaren dan van de SHS-kinderen). Er bleken geen significante samenhangen tussen de

demografische en diagnostische kenmerken en de kwaliteit (gunstig versus ongunstig) van de opvoedingsomgeving.

Opvoedingsomgeving in relatie tot emotionele problemen en gedragsproblemen

De voorspellende waarde van de acht demografische en diagnostische kenmerken op de mate van emotionele problemen en gedragsproblemen was verwaarloosbaar. De vijf factoren van de opvoedingsomgeving (de drie NVOS-schalen en de twee GDS-schalen) bleken na een principale componenten factoranalyse tot twee factoren, Gezinsbelasting en Gezinsfunctioneren gereduceerd te kunnen worden (verklaarde variantie: 73%). De zesde factor van de opvoedingsomgeving, Levensgebeurtenissen, werd als aparte factor beschouwd en was niet in de factoranalyse betrokken. Uit de daarna uitgevoerde multiële regressie-analyses bleken geen indirecte effecten van Levensgebeurtenissen op Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren. Er waren wel directe effecten van Levensgebeurtenissen op Totale Problemen en Externaliseren, van Gezinsfunctioneren op Totale Problemen en Internaliseren en van Gezinsbelasting op Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren; in alle gevallen gingen meer problemen in de opvoedingsomgeving samen met meer problemen. De Totale Probleemscore werd voor 30% verklaard door de gezamenlijke drie factoren van de opvoedingsomgeving (Gezinsbelasting, Gezinsfunctioneren en Levensgebeurtenissen). Voor de scores van Internaliseren en Externaliseren was dit respectievelijk 28% en 23%.

9.2.1.2 Discussie

Emotionele problemen en gedragsproblemen

De prevalentie van 41% emotionele problemen en gedragsproblemen, gebaseerd op de Totale Probleemscore, is in vergelijking met eerder gevonden prevalentiewaarden (5% tot 50%; zie Hoofdstuk 3) onder dove kinderen hoog. Dit gegeven impliceert dat één op de twee of drie dove kinderen aanzienlijke of ernstige problemen heeft. De gevonden prevalentie van problemen is ongeveer anderhalf tot tweemaal hoger dan in de algemene bevolkingsgroep. Zo bezien is die prevalentie wat laag, gelet op de bevinding in de literatuur dat problemen onder dove kinderen twee tot drie maal zo vaak voorkomen dan bij horende kinderen. Bij de vergelijking met literatuurbevindingen moet betrokken worden dat zich in de onderzochte DSSHS-groep geen kinderen met ernstige nevenstoornissen bevonden. Was dit wel het geval geweest dan was het prevalentiecijfer waarschijnlijk nog hoger uitgevallen.

Het gevonden prevalentiecijfer van emotionele problemen en gedragsproblemen in de DSSHS-groep is interessant omdat in dit onderzoek ouders de informant waren, in tegenstelling tot ander onderzoek bij dove kinderen (zie Hoofdstuk 3) waarin de leerkracht informant was. Hoewel sprake kan zijn van informantvariatie (zie 3.4) werd een zelfde verhouding van de prevalentie van problemen tussen dove en horende kinderen gevonden als in onderzoek waarin veelal leerkrachten als informant meewerkten. Blijkbaar is het percentage van problemen dat bij dove kinderen gevonden wordt, ongeacht de categorie informanten (ouders, leerkrachten) die zowel in de dove onderzoeksgroep als de vergelijkingsgroep gebruikt zijn, twee tot driemaal zo hoog dan bij niet-dove kinderen. Dit verschijnsel is ook bekend in epidemiologisch onderzoek bij niet-dove populaties (zie Achenbach, e.a., 1987; Meijer & Veerman, 1989; Stanger & Lewis, 1993).

De uitkomsten, wat betreft het syndroom Internaliseren bij DSSHS-kinderen, wijken af van de literatuurgegevens die geen of nauwelijks verschillen tussen dove en horende kinderen melden. De internaliserende problemen waren in het bijzonder toe te schrijven aan twee van de drie probleemschalen die in de probleemschaal Internaliseren vertegenwoordigd zijn: Teruggetrokken en Angstig/Depressief. Eerder vond Van Eldik (1990; 1994a) al wel dat bij dove jongens de score voor Internaliseren van de CBCL significant hoger was dan in de normgroep. Sinkkonen (1994) vond daarentegen geen verschillen tussen dove en horende kinderen op de Neuroticisme-schaal van de Rutter-(B)2-schaal. Voor de probleemschaal Teruggetrokken bleek de gemiddelde score van drie van de vier DSSHS-groepen, behalve de DSSHS-jongens 12-18 jaar, significant hoger dan die van de algemene bevolkingsgroep. Klinische ervaringen wezen ook in die richting: dove kinderen zouden onder meer vanwege communicatieproblemen een reactiepatroon ontwikkelen waarbij zij zich terugtrekken uit de sociale context. Op de schaal Angstig/Depressief bleken de DSSHS-kinderen 12-18 jaar duidelijk hogere scores te vertonen dan de algemene bevolkingsgroep. Literatuurgegevens laten juist een verlaagde prevalentie bij doven zien wat betreft dit type problemen. De verklaring voor de hoge prevalentie van internaliserende problemen in dit onderzoek lijkt de informantkeuze. De informanten in dit onderzoek waren de ouders van de DSSHS-kinderen, in tegenstelling tot de meeste andere dovenonderzoeken (zie Hoofdstuk 3) waarin de leerkrachten de informanten waren. Het is bekend dat ouders en leerkrachten over de mate van internaliserende problemen bij dezelfde kinderen sterk van inzicht verschillen, waarbij ouders meer internaliserende problemen rapporteren dan leerkrachten (zie Achenbach, e.a., 1987; Stanger & Lewis, 1993). Mogelijk zijn ouders meer sensitief voor genoemde type problemen en/of tonen kinderen de internaliserende symptomen meer in aanwezigheid van hun ouders (Stanger & Lewis, 1993). De perceptie van de informanten wordt bovendien beïnvloed door de frequentie waarmee kinderen gezien worden en de duur van de observaties (zie Rutter, 1977; Fundudis, e.a., 1979a; 1979b). Kinderen met

externaliserende problemen worden daarentegen in de classesituatie door leerkrachten eerder opgemerkt omdat zij de gang van zaken in de klas meer hinderen (Meadow, 1981). Verder is de uitkomst, dat internaliserende problemen bij DSSHS-kinderen 12-18 jaar meer voorkomen dan bij DSSHS-kinderen 4-11 jaar, in overeenstemming met gegevens van normale populaties (zie Verhulst & Koot, 1992; 1995).

In overeenstemming met ander onderzoek (Freeman, e.a., 1975; Fundudis, e.a., 1979a; 1979b) bleek dat de prevalentie van externaliserende problemen bij DSSHS-kinderen hoog was. Als verklaring voor dit type problemen worden wel communicatieproblemen genoemd (Fundudis, e.a., 1979a; 1979b). In dit onderzoek is daarvoor geen directe aanwijzing te vinden; er bleek geen verband met de variabele communicatie ouder-kind. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met de uiteenlopende operationalisaties van het concept communicatie in de verschillende onderzoeken. De conclusie van Sinkkonen (1994) dat een goede communicatie op basis van de Totale Communicatie-methode, tussen leerkracht en leerling mogelijk verantwoordelijk is voor de lage prevalentie van (internaliserende en externaliserende) problemen, werd in dit onderzoek niet bevestigd. Er werd namelijk geen verband met schooltype gevonden, terwijl in de DS-groep en de SHS-groep verschillende communicatiemethoden (Totale Communicatie versus orale communicatie) gebruikt werden. De hoge prevalentie van externaliserende problemen kon ook niet toegeschreven worden aan de SHS-kinderen die orale communicatie gebruikten, want er zijn geen substantiële verschillen gevonden wat betreft prevalentie en gemiddelde scores tussen de DS-groep en de SHS-groep.

De problemen in de DSSHS-groep die vergeleken met de algemene bevolkingsgroep het meest in het oog sprongen, waren Sociale Problemen (DSSHS-meisjes 12-18 jaar zeven maal en DSSHS-jongens 12-18 jaar vier maal zo vaak problemen) en Denkproblemen (DSSHS-jongens 12-18 jaar zesmaal zo vaak problemen). Een voor de hand liggende verklaring zou zijn dat de doofheid, en in het bijzonder de daaruit voortvloeiende communicatieproblemen, deze typen problemen 'veroorzaakt'. Uit het correlatieve onderzoek bleek voor beide probleemschalen geen verband met het gehoorverlies. Dit sluit niet uit dat gehoorverlies een rol speelt. Een andere verklaring kan gelegen zijn in de gebrekkige communicatie van doven. Dove kinderen zouden minder (goed) met horende leeftijdsgenoten of de horende wereld kunnen omgaan vanwege communicatieproblemen (zie Beck & De Jong, 1990). In dit onderzoek werd echter geen significant verband gevonden met de variabele communicatie ouder-kind. Maar ook hier is niet uit te sluiten dat het, gedifferentieerde, communicatieniveau tussen ouders en dove kinderen er gewoon niet toe doet, omdat het niveau, van laag tot hoog, in alle gevallen ontoereikend is. Dat de communicatie tussen ouder en het dove kind, omdat zij elkaar goed kennen, in de meeste gevallen een redelijk niveau

zal hebben, draagt er kennelijk niet toe bij dat er minder Sociale Problemen en Denkproblemen optreden. Daarom zou onderzoek naar eventuele problemen in de communicatie tussen DSSHS-kinderen en in het bijzonder de horende omgeving (horende vriendjes, buurt en clubs), meer dan met horende ouders, meer inzicht kunnen geven in de effecten op het gedrag van het dove kind.

De meeste gevonden samenhangen tussen emotionele problemen/gedragsproblemen en de demografische en diagnostische variabelen zijn goed verklaarbaar. Er was samenhang tussen de variabele intelligentieniveau en de CBCL-schalen Sociale Problemen, Denkproblemen en Aandachtsproblemen: de DSSHS-kinderen die minder intelligent waren, hadden meer van genoemde problemen. Cognitieve problemen spelen ook bij dove kinderen een rol in de sociale interacties (zie Bachara, e.a., 1980; Greenberg & Kusché, 1983), bij het denken (zie Myklebust, 1964; Furth, 1966) en bij aandachts- en concentratieproblemen. Gegeven de CBCL-items die het syndroom Aandachtsproblemen vormen (bijvoorbeeld problemen met concentratie of stil zitten, impulsiviteit en in de war zijn) is het niet verbazend dat dit syndroom vaker voorkomt indien er sprake is van intellectuele problemen. Hoewel het syndroom Aandachtsproblemen geen equivalent is van ADHD-problemen (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder), melden Kelly, e.a. (1993) dat dit type problemen samenhangt met de oorzaak van doofheid en suggereren zij een (indirect) verband met communicatieproblemen. De oorzaak van doofheid werd niet betrokken in dit onderzoek. Eerder werd echter vastgesteld dat de oorzaken van doofheid zeer divers zijn en dat bij verschillende oorzaken (vooral rubella) een relatie met intellectuele problemen niet uitgesloten moet worden (zie Hoofdstuk 2). Aangezien communicatie in dit onderzoek niet met Aandachtsproblemen samenhang, zou de verklaring voor het frequent voorkomen van Aandachtsproblemen eerder bij de intellectuele problemen op zich gezocht moeten worden. Verder moet bedacht worden dat ook neuropsychologisch disfunctioneren de kans op problemen vergroot (Zwirecki, e.a., 1976; Klinghammer, 1978).

Over het algemeen werd er in dit onderzoek geen verband met leeftijd gevonden voor emotionele problemen en gedragsproblemen (zie Schlesinger & Meadow, 1972). Dit was in tegenstelling met bevindingen van Freeman, e.a. (1975) en Hindley (1993; 1994) die juist bij jongere dove kinderen meer problemen vonden. De enige samenhangen met leeftijd werden gevonden voor Angstig/Depressief en Sociale Problemen die vaker voorkwamen bij oudere DSSHS-kinderen dan bij jongere DSSHS-kinderen. Dit week af van de literatuurbevindingen van Fundudis, e.a. (1979a; 1979b) en Sinkkonen (1994), maar het kwam echter wel overeen met bevindingen van Van Eldik (1990; 1994a), Leigh, e.a. (1990) en klinische bevindingen van Spronk (1990). De bevindingen over geslachtseffecten in de literatuur waren niet eensluidend. Schlesinger en Meadow (1972) vonden meer

problemen bij meisjes en Hindley (1993; 1994) en Sinkkonen (1994) vonden meer problemen bij jongens. In dit onderzoek bleek geen enkel verband met geslacht. De verschillende uitkomsten moeten waarschijnlijk toegeschreven worden aan het gebruik van verschillende onderzoeksinstrumenten. Overeenkomstig de bevindingen uit het dovenonderzoek (Schlesinger & Meadow, 1972; Hindley, 1993; 1994) werden behalve bij Sexproblemen ook in dit onderzoek geen verbanden gevonden tussen etnische afkomst en emotionele problemen en gedragsproblemen (zie ook Achenbach, e.a., 1981). Evenmin werden in dit onderzoek, conform de literatuur, verbanden gevonden tussen problemen en SES en problemen en gehoorverlies (zie bijvoorbeeld Freeman, e.a., 1975; Jensema & Trybus, 1975; Van Eldik, 1990; 1994a). Hoewel de variabele gehoorverlies in de verschillende onderzoeken verschillend is omschreven (uiteenlopende gehoorverlies-ranges) blijkt de uitkomst consistent. Tussen communicatie ouder-kind en de aanwezigheid van problemen werd één verband, met Totale Problemen, gevonden. Vergelijkingen met ander onderzoek worden bemoeilijkt door de verschillende operationalisaties van communicatie (zie ook Hindley, 1997). In ander onderzoek ging het bijvoorbeeld om de communicatieve competentie (Sinkkonen, 1994) of om de communicatiemethode (Leigh, e.a., 1990), terwijl in dit onderzoek het oordeel van de ouders omtrent de communicatieve interactie met hun dove kind als maat werd gehanteerd. Literatuurbevindingen geven aan dat dove kinderen op scholen met een internaat meer problemen zouden vertonen dan dove kinderen in dagscholen (zie Hindley, 1997). In dit onderzoek werd dit niet bevestigd: de DS-kinderen vertoonden niet meer problemen dan SHS-kinderen. De bevinding van Aplin (1985; 1987) dat kinderen die combinatie-onderwijs voor doven en slechthorenden volgden minder problemen vertoonden dan kinderen binnen dovenonderwijs, werd ook niet bevestigd (zie ook Hindley, 1997).

Gezinsbelasting

Tussen 13% en 18% van de gezinnen van de DSSHS-kinderen ervoer een aanzienlijke gezinsbelasting. Dit betekent één tot twee op de tien gezinnen. Ruim 37% van de gezinnen van de DSSHS-kinderen ervoer een onevenredig grote belasting voor de categorie Acceptatie (het is moeilijk te verwerken dat ... is zoals hij/zij is; het is moeilijk te accepteren dat je een kind als ... hebt). Hieruit komt naar voren dat ouders van de DSSHS-kinderen kennelijk nog steeds grote problemen met de acceptatie van hun dove kind hebben. Uit de gegevens is niet af te leiden of het specifiek om de doofheid van hun kind gaat of dat er andere redenen zijn, zoals het gedrag van het kind. Zo waren de correlaties tussen Acceptatie en de CBCL-schalen Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren dermate hoog (respectievelijk 0.46, 0.45 en 0.40; zie Hoofdstuk 8) dat een (wederzijdse) invloed van emotionele problemen en gedragsproblemen op de acceptatieproblemen van ouders zeker niet uitgesloten mag worden. Verder is niet af te leiden wat de aard is van de acceptatieproblemen of hoe dit zich manifesteert bij de opvoeders. Het zou

de moeite waard zijn om dit na te gaan, omdat bekend is dat het hebben van een gehandicapt kind de geestelijke gezondheid van opvoeders kan beïnvloeden (zie Meltzer, Smyth & Robus, 1989). Op basis van oudergegevens bleek in dit onderzoek slechts één ouder ooit verwezen te zijn naar een GGZ-instelling. Uit de literatuur is echter bekend dat acceptatieproblemen, en meer in het bijzonder langdurige acceptatieproblemen van de ouders met de doofheid van hun kind, ernstige gevolgen voor de ontwikkeling van hun kind kunnen hebben (Meadow, 1980; Harris, 1981). Ook is bekend dat ouders van gehandicapte kinderen in het algemeen meer problemen ervaren (zie Beresford, 1994) en zich alleen voelen staan in de opvoeding van hun kind (Philip & Duckworth, 1982; Quine & Pahl, 1985). Dat de gezinnen van de DS-kinderen zich meer Alleen voelen staan (ik kan voor de problemen met de opvoeding van ... altijd terecht bij bepaalde mensen; ik voel me als ouder aan mijn lot overgelaten) dan de gezinnen van de SHS-kinderen lijkt tegenstrijdig: voor de gezinnen van de DS-kinderen is de toegankelijkheid tot de hulpverleners die verbonden zijn aan de DS-school en/of het schoolinternaat groter dan voor de gezinnen van de SHS-kinderen. Deze bevinding is mogelijk op verschillende manieren te verklaren. Omdat de betreffende items op de dimensie Alleen Staan voor een deel gaan over steun krijgen van partner, vrienden en familie, zouden verschillen in gezinsomstandigheden tussen de DS-kinderen en SHS-kinderen daarvoor verantwoordelijk kunnen zijn. Uit Bijlage A1 blijkt dat zich onder de DS-kinderen meer (weliswaar net niet significant; 2x2 kruistabel: $\chi^2=3.00$, $p=.08$), eenoudergezinnen bevonden dan in de SHS-groep (respectievelijk 12.6% en 4.8%), die vaker geïsoleerd zijn (Kew, 1975). In een toetsing achteraf bleek dat de eenoudergezinnen van de DSSHS-kinderen voor de categorie Alleen Staan en in het bijzonder voor het item: 'ik sta er met de opvoeding van ... zo goed als alleen voor' inderdaad significant meer belasting ervoeren dan de niet-eenoudergezinnen (voor de overige categorieën bleken geen verschillen!). Verder blijken ouders geïnstitutionaliseerde steun vaak niet als emotionele steun (Waisbren, 1980; Florian & Krulik, 1991), maar eerder als praktische steun (Cunningham, Aumonier & Sloper, 1982) te ervaren. Mogelijk is dit niet door de gezinnen van de DS-kinderen als ervaren steun gerapporteerd. Wellicht speelt bij gezinnen van DS-kinderen teleurstelling in de hulpverlening een rol, zodat hun gevoel van alleen ervoor staan nog groter is geworden (zie Read, 1991; Leonard, 1992). De gezinnen van de SHS-kinderen zullen op hun beurt, omdat er in hun omgeving geen geïnstitutionaliseerde ambulante steun voorhanden was, wellicht meer geïnvesteerd hebben in een sociaal netwerk, zodat zij minder het gevoel hebben er alleen voor te staan. Overigens bleken gezinnen van DS-kinderen ook meer belasting te ervaren op de dimensie Aankunnen van de opvoeding (over het algemeen kan ik de opvoeding van ... best aan; ik vind dat ik de greep op ... geleidelijk aan verlies). Dit wordt niet verklaard door de mate van emotionele problemen en gedragsproblemen omdat er op dit gebied geen verschil

werd geconstateerd tussen DS-kinderen en SHS-kinderen. De verklaring moet waarschijnlijk gezocht worden in de achtergrond van vooral de eenoudergezinnen van de DS-kinderen, die de opvoeding van hun dove kind als een grote opgave ervaren én het sociale netwerk van de gezinnen van de SHS-kinderen.

In zekere zin vormen de uitkomsten op de dimensies Situatie anders willen, Plezier en Goede omgang (deze scores weken in de gezinnen van de DSSHS-kinderen niet af van de normgroep) een contrast met de bevindingen op de overige NVOS-schalen. Hoe is het te begrijpen dat ouders van DSSHS-kinderen relatief plezier in de opvoeding hebben, een goede omgang met hun kind hebben en de situatie niet anders willen gelet op de problemen die zij ervaren bij vooral de acceptatie van hun kind, de ervaren problemen met de opvoeding van hun kind, de ervaren belasting van het kind en zich alleen voelen staan in de opvoeding van hun kind? Een antwoord hierop is moeilijk te geven. Wat betreft de niet noemenswaardig ervaren last voor de categorie Plezier in de opvoeding (ik kan erg genieten van ...; omgaan met ... geeft me veel voldoening), Goede omgang (het klikt tussen ... en mij; ... en ik hebben weinig woorden nodig om elkaar te begrijpen) en Situatie anders willen (ik ben tevreden over de wijze waarop het met de opvoeding van ... gaat; het zou heel anders moeten gaan tussen mij en ...) kan een verklaring gezocht worden in de notie dat ouders een speciale verantwoordelijkheid voelen jegens hun gehandicapte kind (Fewell, 1986; Libow, 1989). In vervolg op deze redenering lijken, gezien de aanzienlijke belasting wat betreft Acceptatie, de gezinnen van de DSSHS-kinderen geleerd te hebben te leven met een soort 'interne' ambivalentie: ondanks de acceptatieproblemen van hun dove kind, wordt de opdracht tot opvoeding aanvaard. Een andere verklaring is dat Plezier, Goede omgang en Situatie anders willen, waaruit optimisme (Scheier & Carver, 1985) en humor (Farren, Metzger & Sparling, 1986; Libow, 1989) spreken, als buffers fungeren, die de gezinnen van de DSSHS-kinderen in staat stellen de zware belasting van het opvoeden van hun dove kind, te dragen of te verlichten.

De factor Bedreigde Opvoedingssfeer, anders dan de drie afzonderlijke categorieën Acceptatie, Plezier en Goede Omgang die daarin vertegenwoordigd zijn, bleek significant samen te hangen met intelligentieniveau; hoe lager het intelligentieniveau des te meer belasting werd ervaren. Het lijkt verantwoord hier een uitspraak te doen over de waarschijnlijke aard van de samenhang. De drie genoemde rubrieken die door Wels en Robbroeckx (1996) voorwaarde- en begeleidende sfeerrubrieken worden genoemd, lijken samen te hangen met het intelligentieniveau van de DSSHS-kinderen; hoe lager het intelligentieniveau des te meer problemen werden ervaren in deze aspecten van de opvoeding. Hoewel bedoelde DSSHS-kinderen niet verstandelijk gehandicapt zijn, lijkt een zelfde belastend effect voor het gezin op te treden als bij een verstandelijk gehandicapt kind (zie Crnic, Friedrich & Greenberg, 1983). Alleen de variabele communicatie

ouder-kind bleek significant samen te hangen met alle NVOS-schalen, behoudens Alleen Staan. Blijkbaar gaat een slechte onderlinge communicatie gepaard met meer ervaren belasting. De correlatieve analyse maakt het onmogelijk uitspraken te doen over oorzaak en gevolg: leidt een slechte communicatie tot meer belasting; draagt een hoge ervaren belasting bij tot een minder goede communicatie; of is er een onderliggende factor die zowel slechte communicatie als verhogende belasting veroorzaakt? Omdat het hier gaat om (communicatieve) vaardigheden, die, los van de vraag of er sprake is van enige vorm van gezinsbelasting, de betreffende gebruikers al dan niet ter beschikking staan, is het waarschijnlijk dat de communicatie ouder-kind ten grondslag ligt aan de ervaren belasting. Uitkomsten van interventieonderzoek, wat betreft competentievergroting van ouders, steunen deze opvatting (zie Stevenson, Bailey & Simpson, 1988; Quine & Wade, 1991). Deze uitkomst moet vooral een aanmoediging zijn om de communicatie tussen ouders en dove kind te verbeteren.

Gezinsfunctioneren

Op basis van de uitkomsten van de dimensies Adaptatie op de GDS kan geconcludeerd worden dat het hebben van een doof kind relatief weinig tot geen effect heeft op het adaptief vermogen binnen de gezinnen van de DSSHS-kinderen. Blijkbaar lukt het de gezinnen van de DSSHS-kinderen zich adequaat aan de aanwezigheid van een doof kind aan te passen, wat als zeer belangrijk gezien wordt voor een goede ontwikkeling van het kind (zie McCubbin & Patterson, 1983). Een gezinsfunctioneren dat naar chaotisch neigde, hing samen met een slechte communicatie tussen ouder en kind. Oorzaak en gevolg zijn niet eenduidig te bepalen. Het is denkbaar dat door een slechte communicatie tussen ouder en kind de omgang met regels en afspraken bemoeilijkt wordt, waardoor een chaotisch gezinsfunctioneren ontstaat. Een andere verklaring is dat chaotisch functioneren geen goede communicatie met elkaar mogelijk maakt. Beide verklaringen lijken plausibel. Een combinatie van beide verklaringen zou zijn, dat een slechte communicatie tussen ouder en kind en een chaotisch gezinsfunctioneren elkaar in stand houden. Nog een verklaring is dat een onderliggende factor zowel een slechte communicatie als een chaotisch gezinsfunctioneren veroorzaakt. Voor de Cohesie-schaal bleek dat gezinnen van de DSSHS-kinderen minder Los-Zand en Individueel, en meer Gezamenlijk gericht zijn dan de gezinnen van de normgroep. Hieruit spreekt mogelijk dat het hebben van een doof kind een bindende factor in het gezin is. De onderlinge relaties worden cohesiever omdat men elkaar, in verband met de problemen van het hebben van een doof kind in het gezin, meer aanspreekt en naar elkaar toegroeit. Mogelijk speelt de beleving van de ouders, dat het een opdracht is om hun gehandicapte (dove) kind met alle liefde en zorg te omringen, daarbij een rol (Fewell, 1986). Wat de Gezinstype-indeling betreft, waarin de Adaptatie-schaal en de Cohesie-schaal gezamenlijk opgenomen zijn, verschilden de gezinnen met een doof kind niet van die van de normgroep. In beide

groepen werden overeenkomstige percentages Functionele, Onevenwichtige en Disfunctionele gezinnen gevonden. Blijkbaar heeft het hebben van een doof kind geen invloed op het gezinsfunctioneren als geheel, anders dan in gezinnen met kinderen met andere specifieke afwijkingen, zoals eetstoornissen en astma (zie Buurmeijer & Hermans, 1998a; 1988b). Dit doet vermoeden dat het gezinsfunctioneren als geheel een stabiele, misschien wel een protectieve factor is (zie Baldwin, Baldwin & Cole, 1991; Gore & Eckenrode, 1994), die nog ernstiger problemen in de opvoeding en de omgang met de DSSHS-kinderen voorkomt (zie Olson, e.a., 1979).

Levensgebeurtenissen

DSSHS-kinderen maakten gemiddeld duidelijk meer levensgebeurtenissen mee gedurende het laatste jaar en de laatste twee jaar voorafgaand aan dit onderzoek dan de normgroepen. Er werden niet meer negatief ervaren gebeurtenissen meegemaakt. Voor zover het de periode van de laatste twee jaar betrof, gezien als de periode waarin de meegemaakte gebeurtenissen als een goede indicatie voor stress fungeren, bleek het gegeven dat de DSSHS-kinderen beduidend meer meegemaakt hadden dan de normgroepen, niet te herleiden tot specifieke gebeurtenissen. Voor veel afzonderlijke gebeurtenissen was de prevalentie in de DSSHS-groep weliswaar hoger, zij het niet significant. Slechts voor een zeer gering aantal individuele gebeurtenissen bleek wel een significant verschil in prevalentie tussen de DSSHS-groep en de normgroepen.

Dat de DSSHS-kinderen duidelijk minder gebeurtenissen gedurende hun leven als positief ervoeren dan horende leeftijdsgenoten is opvallend. Voor de overige twee onderzochte perioden, het laatste jaar en de laatste twee jaar, werd geen significant verschil gevonden. Hieruit kan afgeleid worden dat vooral de gebeurtenissen die langer dan twee jaar geleden plaatsvonden door de DSSHS-kinderen minder positief zijn ervaren. Onderzoek naar de individuele gebeurtenissen over de gehele levensperiode kan uitsluitsel geven over de vraag of specifieke gebeurtenissen daarvoor verantwoordelijk zijn. Hoewel er geen samenhang bleek met de variabele communicatie ouder-kind kan de invloed daarvan niet uitgesloten worden: de gegevens over de communicatie ouder-kind hadden betrekking op de actuele situatie. Literatuurgegevens wijzen er evenwel op dat communicatieproblemen vooral in de eerste levensjaren optreden (zie Hoofdstuk 2). Een ondersteuning voor deze aanname is dat geen samenhang bleek tussen positief ervaren gebeurtenissen en de variabele leeftijd (DSSHS-kinderen tussen vier en achttien jaar verschilden onderling niet in de beoordeling over positief meegemaakte levensgebeurtenissen). Verder is opvallend dat de DSSHS-kinderen met een lagere intelligentie meer gebeurtenissen gedurende hun leven als negatief ervaren hebben. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat zij minder goed in staat zijn om met stressvolle gebeurtenissen om te gaan of daaraan een positieve wending te geven. Voor de

perioden van het laatste jaar en de twee laatste jaren bleek dit verband niet. En omgekeerd, gedurende het laatste jaar (en voor de laatste twee jaar een zelfde tendens) hadden DSSHS-kinderen met een lagere intelligentie wel minder levensgebeurtenissen als positief ervaren. Op basis van deze gegevens lijken DSSHS-kinderen met een lagere intelligentie risicokinderen die van jongs af aan (negatieve) stress opbouwen en op latere leeftijd minder positieve ervaringen opdoen door levensgebeurtenissen. Deze bevinding komt overeen met onderzoek bij kinderen met een verstandelijke handicap (zie Crnic, Friedrich & Greenberg, 1983).

Opvoedingsomgeving: totaalbeeld

De kwaliteit van de opvoedingsomgeving bleek in ruim 45%, dat is in bijna één van de twee gezinnen van de DSSHS-kinderen, ongunstig. Hoewel er geen normgegevens beschikbaar zijn, lijkt dit een hoog percentage. Blijkbaar legt het hebben van een doof kind onevenredig veel druk op de opvoedingsomgeving. Van genoemde 45% hadden de meeste gezinnen een uitzonderlijke gezinsbelasting en van slechts een klein deel was het gezinsfunctioneren disfunctioneel. Opmerkelijk was dat geen van de demografische en diagnostische variabelen een significant verband met de gunstige/ ongunstige status vertoonde. Dit kan er op wijzen dat de gehanteerde criteria voor uitzonderlijke gezinsbelasting, disfunctioneel gezinsfunctioneren en uitzonderlijke stress in relatie met levensgebeurtenissen niet voldeden. Nader onderzoek hiernaar kan daarover uitsluitsel geven.

Predictie van emotionele problemen/gedragsproblemen

Omdat met name de uitkomsten van de correlaties van de demografische en diagnostische variabelen met de CBCL-schalen en de factoren van de opvoedingsomgeving niet noemenswaardig afwijken van de partiële correlaties, bij uitpartialisering van genoemde variabelen (zie 8.3.1), is de conclusie dat het effect van deze variabelen gering was. Om die reden zijn deze variabelen in de regressie-analyses, ter vaststelling van de predictie van problemen, buiten beschouwing gelaten. Aangenomen mag worden dat de bijdrage van deze variabelen aan de predictie van problemen te verwaarlozen is. Vergelijkbare, betrouwbare, gegevens zijn niet voorhanden in de onderzoeksliteratuur over doven. In het onderzoek van Watson, e.a. (1990) bleek de factor gehoorverlies bij te dragen aan problemen. Dit kan waarschijnlijk verklaard worden door de grotere spreiding van gehoorverliezen in hun onderzoeksgroep.

Opvallend waren de verschillende effecten van de, na een factoranalyse gevonden nieuwe factor Gezinsfunctioneren en Levensgebeurtenissen op Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren. Het feit dat Gezinsfunctioneren, behalve op Totale Problemen, alleen een direct effect had op Internaliseren wijst er mogelijk op dat het ontbreken van onderlinge betrokkenheid en regels voor, en afspraken met het

dove kind, mogelijk bijdragen tot gevoelens van onbegrepen voelen, onzekerheid en angst. Andersom was het zo dat het bieden van meer structuur en meer onderlinge betrokkenheid samenging met minder problemen. Dit is in grote lijn overeenkomstig de onderzoeksbevindingen bij horende kinderen (zie Buurmeijer & Hermans, 1988a; 1988b; Veerman, 1990). Overigens bleek deze uitkomst niet in lijn met het dovenonderzoek van Watson, e.a. (1990), waaruit bleek dat juist een flexibel/ chaotisch gezinsfunctioneren samenhang met minder problemen. Hier kan echter het niet-representatieve karakter van hun onderzoek, vooral wat betreft het hoge percentage eenoudergezinnen, een verklaring bieden: in een eenoudergezin is aan overleg tussen de opvoeder en dove kind wellicht eenvoudiger gestalte te geven omdat de opvoeder zich alleen op het dove kind kan richten. De factor Levensgebeurtenissen had, behalve op Totale Problemen, alleen een direct effect op Externaliseren. Mogelijk dat de gebeurtenissen in het gezin tot onrust bij het kind leiden met externaliserend gedrag als gevolg. Er bleken geen indirecte effecten van Levensgebeurtenissen op de emotionele problemen/ gedragsproblemen, wat de (in Hoofdstuk 8 gestelde) relatief zelfstandige status van de levensgebeurtenissen nog eens aantoonde. De ouders van de DSSHS-kinderen zijn blijkbaar goed in staat het gezinsfunctioneren niet te laten verslechteren en de gezinsbelasting niet te laten toenemen door toedoen van levensgebeurtenissen. Mogelijk dat zij zich ten behoeve van hun dove kind hiervoor extra inzetten (zie Fewell, 1986; Libow, 1989). Gezinsbelasting bleek niet met een bepaald type problemen samen te gaan; zowel op Totale Problemen, Internaliseren als Externaliseren bleken er directe effecten. Dit komt niet overeen met bevindingen van Hillen en Tiemessen (1991) die op basis van beoordelingen door moeders van kinderen tussen 4 en 14 jaar voor de factor Gezinsbelasting (van de NVOS) significant lagere scores voor internaliserende dan voor externaliserende problematiek vonden. Bij deze bevinding moet wel rekening gehouden worden met de geringe omvang (N=31) en met de specifieke aard van de onderzoeksgroep (naar een RIAGG verwezen horende kinderen) als ook met het feit dat in dit onderzoek de factor Gezinsbelasting een andere samenstelling had.

9.3 Kanttekeningen bij opzet onderzoek

Hierna worden enkele kanttekeningen gemaakt bij het uitgevoerde onderzoek. Er wordt met name ingegaan op de opzet van het onderzoek, de onderzoeksgroep en de gekozen meetinstrumenten.

Criteria voor de onderzoeksgroep

Dit onderzoek is uitsluitend gericht op enkelvoudig gehandicapte dove kinderen (zie Hoofdstuk 5). Dit betekende een inperking van de onderzoeksgroep ten

opzichte van onderzoeken waarin ook dove kinderen met nevenstoornissen betrokken zijn (bijvoorbeeld Freeman, e.a., 1975; Sinkkonen, 1994). Verondersteld werd dat enkelvoudig gehandicapte dove kinderen 'anders' functioneren dan meervoudig gehandicapte dove kinderen. Dat 'anders' kan te maken hebben met diverse aspecten van de ontwikkeling (zie Hoofdstuk 2). De problematiek van meervoudig gehandicapte dove kinderen dient bij voorkeur afzonderlijk onderzocht te worden (zie Langereis, Popken & Hakker, 1997). Het is aannemelijk dat, wanneer ook doven met nevenstoornissen zouden zijn opgenomen in de onderzoeksgroep, de prevalentiecijfers van emotionele problemen en gedragsproblemen hoger uitgevallen zouden zijn. Verder is door het gehanteerde criterium 'doofheid' (het gemiddelde gehoorverlies aan het beste oor bij de spraakfrequenties 500-1000-2000-4000 Hertz) de onderzoeksgroep wederom sterk ingeperkt. De mogelijke invloed van milde gehoorstoornissen op het functioneren van het kind en de opvoedingsomgeving kon daardoor niet onderzocht worden. De betekenis van de bevinding, dat de mate van het gehoorverlies niet gerelateerd is aan het emotioneel en gedragsmatig functioneren en aan de factoren van de opvoedingsomgeving van de dove kinderen, moet dan ook in dit licht gezien worden.

Selectie van de onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep betrof dove kinderen, die verbonden waren aan het Instituut voor Doven Effatha (DS-kinderen) en aan diverse scholen voor slechthorende kinderen (SHS-kinderen). De detectie van de kinderen is voornamelijk via de directies van genoemde instellingen verlopen. Hoewel het streven was de benadering van de doelpopulatie uniform te laten plaatsvinden, is in enkele gevallen hiervan licht afgeweken (zie Hoofdstuk 5). De procedure is echter in alle gevallen zorgvuldig geweest, zodat het niet aannemelijk is dat de enigszins afwijkende procedure bij het anschrijven van de onderzoeksgroep de samenstelling van de DSSHS-groep negatief heeft beïnvloed.

Representativiteit

Van de doelpopulatie, alle enkelvoudig gehandicapte dove kinderen in Nederland, was bijna 26% in dit onderzoek vertegenwoordigd. Het respons-percentage van de DS-kinderen was met ruim 90% hoog. Van de totale SHS-groep in Nederland was 42% vertegenwoordigd. Gezien de hoge responspercentages is geconcludeerd dat de representativiteit voldoende gewaarborgd was (zie Hoofdstuk 5). In dit onderzoek is om redenen een homogene onderzoeksgroep beoogd, waardoor onder meer dove kinderen met ernstige nevenstoornissen zijn uitgesloten (zie Hoofdstuk 5). De conclusie is dus dat de onderzoeksgroep niet model kan staan voor de totale dovenpopulatie in Nederland. De resultaten kunnen uitsluitend gegeneraliseerd worden naar het veld van onderwijs aan en opvoeding van dove kinderen, voor zover het de populatie van enkelvoudig gehandicapte dove kinderen betreft.

Emotionele problemen en gedragsproblemen - CBCL

Voor het vaststellen van de mate van emotionele problemen en gedragsproblemen was in dit onderzoek de CBCL het enige instrument. De ouders hebben als informant gediend. Om meerdere redenen werd dit niet als een bezwaar gezien. Ten eerste dient bij beoordelingen van onderzoeksresultaten altijd het perspectief van de beoordelaar betrokken te worden. Zo is het niet denkbeeldig dat het oordeel van ouders anders zal zijn dan dat van leerkrachten of behandelaars. Uit onderzoek in algemene bevolkingsgroepen (zie Graham, 1979; McGee, Silva & Williams, 1984; Achenbach, e.a., 1987), als ook uit gegevens van doven (zie Van Eldik, in voorbereiding), blijkt dat verschillende informanten dikwijls andere kinderen als 'afwijkend' identificeren. Zowel situationele variatie als beoordelaarsvariatie lijken hieraan bij te dragen. Hoewel het beoordelaarsperspectief eenzijdig was, wordt de mening van Achenbach (Achenbach e.a., 1987) onderschreven dat verschillen in gedragsbeoordelingen betrouwbare representaties zijn van valide verschillen in perceptie van beoordelaars. Ten tweede zijn de ouders doorgaans degenen die hulp zoeken voor hun kind. Hun visie over hun kind is daarbij vaak van doorslaggevende betekenis. Bovendien zal een behandeling van een kind vaak pas succesvol kunnen zijn met medewerking van diezelfde ouders (Verhulst, 1985). Ten derde zijn de betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens van de CBCL voor normale populaties goed (zie Evers, Van Vliet-Mulder & Terlaak, 1992) en zijn de eerdere uitkomsten met de CBCL in dovenpopulaties zeer bevredigend (zie Van Eldik, 1990; 1993c; 1994a). Deze gegevens rechtvaardigen het gebruik van de CBCL bij het bepalen van emotionele problemen en gedragsproblemen bij doven voldoende. Overigens laten de drie genoemde redenen ter ondersteuning van de keuze voor de CBCL in dit onderzoek onverlet dat de CBCL nooit als enig instrument in het diagnostisch proces gebruikt kan worden. Daarvoor is uitgebreide klinische diagnostiek noodzakelijk (zie Verhulst, e.a., 1996).

Opvoedingsomgeving - NVOS, GDS, VMG

In dit onderzoek was er aandacht voor drie aspecten van de opvoedingsomgeving: de gezinsbelasting (gemeten met de NVOS), het gezinsfunctioneren (gemeten met de GDS) en de levensgebeurtenissen (gemeten met de VMG). Daarmee werd een breed spectrum van de opvoedingsomgeving omvat. Van de drie vragenlijsten, de NVOS, GDS en VMG, zijn de psychometrische eigenschappen bevredigend (zie Wels & Robbroeckx, 1996; zie Buurmeijer & Hermans, 1988a; zie Veerman, e.a., 1997). In de theorie over de opvoedingsomgeving worden ter vaststelling van soorten stress, 'alpha-press' en 'bèta-press' onderscheiden. Van de drie vragenlijsten in dit onderzoek leggen er twee, de NVOS en de GDS, meer de nadruk op het meten van de bèta-press; de subjectieve beleving van stress in het gezin. De VMG legt meer de nadruk op alpha-press; de objectief vast te stellen kenmerken van stress in het gezin. Voor de drie vragenlijsten geldt dat een insiderperspectief wordt gehanteerd: ouders gaven in dit onderzoek alle informatie

omtrent de aspecten van de opvoedingsomgeving. Belangrijk is de vraag of de drie vragenlijsten elk een afzonderlijk aspect van de opvoedingsomgeving meten. Veerman, e.a. (1997) rapporteren voor de GDS en de VMG een gemeenschappelijke variantie van slechts 10% tot 25%. In dit onderzoek varieerde die variantie van 0% tot 6%; beide lijsten lijken dus inderdaad verschillende kenmerken te meten. Voor de NVOS zijn daarover, voor zover bekend, geen empirische gegevens beschikbaar. Op basis van de theoretische achtergronden en de formulering van de items is evenwel aannemelijk dat ook de NVOS afzonderlijke kenmerken van de opvoedingsomgeving meet. Dat laatste werd in dit onderzoek bevestigd: de gemeenschappelijke variantie voor de NVOS en de GDS varieerde van 5% tot 24% en die voor de NVOS en de VMG van 0% tot 6%.

Het criterium voor uitzonderlijke gezinsbelasting en uitzonderlijke stress vanwege levensgebeurtenissen is niet gebaseerd op empirische gegevens. De keuze voor 'één standaarddeviatie boven het gemiddelde van de normgroep' als criterium wordt vaker gehanteerd en leek een redelijke oplossing. De criteriumwaarden voor de categorieën van gezinsbelasting kwamen daarmee rond het niveau van de ambulante groep van Wels en Robbroeckx (1996). De criteriumwaarden voor de VMG kwamen in de buurt van de gemiddelde scores van de klinische groep (Veerman, e.a., 1997).

Vanzelfsprekend is met de keuze van de drie vragenlijsten mogelijk andere belangwekkende informatie buitengesloten. Allereerst zou van de dove kinderen zelf verkregen informatie gewenst zijn. Voor de GDS was dit mogelijk geweest, omdat deze lijst een kind-perspectief kent. Om reden van de te verrichten investeringen (tijd en geld) in verband met communicatieproblemen i.c. omzetting van de GDS-items, is hiervan afgezien. Voorts valt te denken aan vragenlijsten voor externe beoordelaars. Mogelijk was het interessant geweest om hun gegevens tezamen met die van de ouders te analyseren. Het ontbreken van voldoende betrouwbaar en valide instrumentarium ten tijde van dit onderzoek noodzaakte hiervan af te zien.

Demografische en diagnostische kenmerken

In dit onderzoek zijn acht demografische en diagnostische variabelen (als onafhankelijke variabelen) opgenomen, te weten etnische afkomst, leeftijd, geslacht, gehoorverlies en intelligentieniveau van het kind, SES, communicatie tussen ouder en kind en schooltype. Over het algemeen bleken deze kenmerken nauwelijks samen te hangen met emotionele problemen en gedragsproblemen en met de aspecten van de opvoedingsomgeving. Bij het verklaren van gedragsproblemen speelden ze geen rol van betekenis. Hiermee is echter niet gezegd dat deze variabelen helemaal zonder betekenis zijn voor het onderzoek onder doven. Het is duidelijk dat de doofheidspecifieke kenmerken (gehoorverlies,

communicatie ouder-kind en schooltype) geen eenduidige invloed hebben op het functioneren van het dove kind (zie ook Van Eldik, 1990) en de opvoedingsomgeving. Het bepalen van de intelligentie en de interpretatie van de gegevens daaromtrent is bij dove kinderen soms moeilijk, gelet op de onbetrouwbaarheid en de grote diversiteit aan gebruikte tests. Overigens hadden in dit onderzoek ook andere variabelen opgenomen kunnen worden, in het bijzonder 'doofheidsoorzaken' (zie Hoofdstuk 2). Daarvan is wel een inventarisatie gemaakt. Onder meer omdat er in de DSSHS-groep een grote verscheidenheid aan oorzaken voorkwam, is ervan afgezien deze variabele in de analyses te betrekken (zie ook Bijlage A).

9.4 Conclusies en aanbevelingen

In Hoofdstuk 1 is opgemerkt dat van de Nederlandse dovenpopulatie nog weinig aspecten van het emotionele en gedragsmatig functioneren in kaart gebracht zijn. Voor het onderzoek van het functioneren van de opvoedingsomgeving van dove kinderen geldt dit nog sterker. Omdat er nog relatief weinig materiaal voorhanden was (zie ook Hoofdstuk 2 en 3) is dit onderzoek voornamelijk descriptief van aard. Een belangrijke implicatie daarvan is dat enige 'basisinformatie', zowel op het gebied van het emotioneel en gedragsmatig functioneren als op het terrein van de opvoedingsomgeving, beschikbaar is gekomen voor de Nederlandse situatie. Deze basisinformatie maakt het mogelijk om de gebruikte meetinstrumenten in te zetten voor diagnostische doeleinden. Ook wordt het beter mogelijk om de vele ontwikkelingen in het onderwijs- en opvoedingsveld van doven verder in kaart te brengen en te volgen. Want ten behoeve van beslissingen over de verdergaande differentiatie van het hulpaanbod (onder meer kleinschalig wonen en vormen van ambulante hulp) en van de reorganisatie van het dovenonderwijs is een volg- en controlesysteem gewenst. Op dit punt kunnen de resultaten van empirisch onderzoek een belangrijke aanvulling op de 'klinische blik' (oog en oor voor de cliënt) zijn: het systematisch verzamelen en opslaan van gegevens van cliënten (het bijhouden van een 'huishoudboekje') maakt het mogelijk de hulpverleningspraktijk beter te kunnen bedienen. De noodzaak van de wederzijdse complementariteit van praktijk en onderzoeksondersteuning wordt hiermee onderschreven.

Het onderzoek maakt het mogelijk enige conclusies te formuleren en een aantal concrete aanbevelingen te doen voor de praktijk van de hulpverlening aan doven en voor verder onderzoek.

1. Ernstige en aanzienlijke *emotionele problemen en gedragsproblemen* bleken voor te komen bij 41% van de dove kinderen. Dit betekent dat één van de twee

tot drie dove kinderen aanzienlijke of ernstige problemen vertoont. Voor de totale onderzoekspopulatie in Nederland komt dit neer op circa 370 kinderen (41% van 922; zie Hoofdstuk 5). Afgaande op de gevonden gemiddelde Normative Effect Sizes (zie Hoofdstuk 6) blijken dove kinderen duidelijk meer problemen te vertonen dan de kinderen van de algemene bevolkingsgroep, maar (gemiddeld gezien) niet zoveel als ambulant behandelde, horende kinderen; op individueel niveau reikten de Normative Effect Sizes voor de CBCL-schalen tot boven het (gemiddelde) niveau van psychiatrisch behandelde, horende kinderen (zie Ten Brink & Veerman, 1997). Op basis van praktijkgegevens is duidelijk dat deze groep van enkelvoudig gehandicapte dove kinderen met problemen niet allemaal onder behandeling zijn. Met andere woorden, van veel dove kinderen wordt niet onderkend dat bij hen (mogelijke) psychische problemen aanwezig zijn en/of zij worden (dientengevolge) niet doorverwezen naar een hulpverleningsinstelling. In de algemene bevolking doet zich dit verschijnsel overigens ook voor (zie Offord, e.a., 1987; Zahner, Pawelkiewicz, DeFrancesco & Adnopo, 1992; Leaf, e.a., 1996; Verhulst & Van der Ende, 1997). Het is daarom op zijn minst noodzakelijk om emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove kinderen zorgvuldig, op gestandaardiseerde wijze te diagnostiseren. Ook de verdere ontwikkeling van speciale RIAGG's en van de poliklinische hulp aan dove kinderen (zie Hoofdstuk 1), als nieuwe hulpverleningsvoorzieningen voor doven, speelt daarbij een grote rol (zie De Graaf & Bijl, 1998).

De gevonden prevalentiecijfers waren gebaseerd op ouderbeoordelingen. Omdat bekend is dat informanten vanuit een verschillend perspectief het gedrag van kinderen beoordelen (zie Achenbach, e.a., 1987; Meijer & Veerman, 1989; Stanger & Lewis, 1993) is het aan te bevelen ook van andere betrokkenen gegevens over het gedrag te verzamelen. Te denken is aan de dove kinderen zelf, leerkrachten en groepsleiding (Van Eldik, in voorbereiding). Op basis van de aldus verkregen gegevens kunnen vergelijkingen gemaakt worden tussen informanten en kan een vollediger beeld ontstaan over het (dis)functioneren van een kind. Bovendien is het aan te bevelen, behalve via dimensionele classificaties (i.c. CBCL-scores), ook middels klinische classificaties (zoals DSM diagnoses) zich een beeld te vormen van het functioneren van dove kinderen (zie ook 3.4; Beck & De Jong, 1990).

Overigens is onderzoek vereist naar factoren die buiten dit onderzoek gelaten zijn, maar van invloed kunnen zijn op de prevalentie van emotionele problemen en gedragsproblemen. Daarbij zijn zowel kind- als omgevingsfactoren te onderscheiden. Bij de kindfactoren moet gedacht worden aan eventuele niet vastgestelde belemmeringen van neurologische aard (zie Zwirski, 1976; Klinghammer, 1978), de specifieke informatieverwerking vanwege de doofheid

(Greenberg & Kusché, 1989) en het benoemen en omgaan met emoties (zie Greenberg & Kusché, 1993). Bij de omgevingsfactoren moet allereerst gedacht worden aan de reacties van ouders op de doofheid en de wijze waarop de ouders omgaan met hun dove kind in hun horende opvoedingsomgeving (zie ook Hoofdstuk 2). Verder moet gewezen worden op de invloed van de opvoedingsstijl van ouders (zie Rollins & Thomas, 1979; Maccoby & Martin, 1983). Voorts kan gedacht worden aan de communicatieproblemen met de horende omgeving (zie Beck & De Jong, 1990) en met de gevoelens van niet geaccepteerd worden door horende leeftijdsgenoten in het algemeen (zie Parker & Asher, 1987).

2. Voor de praktijk is de vaststelling dat de *gezinsbelasting* in gezinnen met een doof kind hoog is in hoge mate relevant. Bovendien blijkt er geen verschil te bestaan tussen de belasting die gezinnen met een relatief jonger of ouder doof kind ervaren. Dit roept op zijn minst de vraag op naar de mogelijkheden en grenzen van vormen van ouder- en gezinsbegeleiding. Dat ouders mogelijk nooit zullen wennen aan het gegeven dat ze een doof kind hebben, waar een hoge score voor Acceptatie onder meer op wijst, laat onverlet dat extra inspanningen nodig zijn om de gezinsbelasting te reduceren, te meer omdat een hoog ervaren gezinsbelasting verband houdt met een hoge mate van emotionele problemen en gedragsproblemen bij het kind. Ook is, gegeven het verband met de ervaren gezinsbelasting, duidelijk dat aandacht geschonken moet worden aan de communicatie tussen ouder en kind. Nader uitgezocht zou moeten worden wat de reden is dat ouders die meer belasting ervaren, minder goed met hun kind kunnen communiceren. Hebben de ouders al dan niet communicatiecursussen gevolgd, is het communicatieniveau van het kind erg laag of zijn er andere redenen die ertoe bijdragen dat de onderlinge communicatie niet optimaal verloopt? Gezien de uitkomsten van gezinsbelasting lijkt het voor de praktijk van belang te informeren naar de communicatie ouder-kind. Voorts is het van belang te onderzoeken of er binnen de onderzoeksgroep verschillen zijn in mate van gezinsbelasting. Naar verwachting zullen ouders van verwezen dove kinderen een hogere belasting ervaren (zie Wels & Robbroeckx, 1996). Dit zou ook een stap kunnen zijn in het proces van validering van de NVOS voor doven (zie ook Van Eldik, 1998).
3. Wat het *gezinsfunctioneren* betreft, bleek slechts 9% van de gezinnen met een doof kind slecht te functioneren. De doofheid van een van de gezinsleden heeft blijkbaar nauwelijks effect op het gezinsfunctioneren. Het vermoeden dat het gezinsfunctioneren als geheel een stabiele, misschien wel een protectieve factor is (zie 9.2.1.2) die nog ernstiger problemen in de opvoeding van de DSSHS-kinderen voorkomt, is een aanbeveling voor hulpverleners om waar nodig in die gezinnen het gezinsfunctioneren te verbeteren. Voorts bleek er ten aanzien van

Adaptatie een verband met de variabele communicatie ouder-kind (hoe meer het gezinsfunctioneren als Chaotisch is te omschrijven, des te slechter verloopt de communicatie tussen ouder en kind). Ongeacht de richting van de samenhang lijkt de aanbeveling om de communicatie tussen de ouders en hun dove kind te bevorderen op haar plaats.

Verder is het van belang te onderzoeken of er binnen de DSSHS-groep verschillen bestaan wat betreft de mate van gezinsfunctioneren. Naar verwachting zullen gezinnen van dove kinderen die verwezen zijn anders functioneren, c.q. disfunctioneren (zie Buurmeijer & Hermans, 1988a). Voor de validering van de GDS voor doven zou dit een volgende stap zijn. Voorts is, zoals eerder opgemerkt, informatie van de dove kinderen zelf een goede aanvulling op de informatie van hun opvoeders. Vervolgonderzoek zal zich hier dienen te richten op aanpassingen van de GDS-items voor de doven.

4. Wat betreft de *levensgebeurtenissen* kwamen de resultaten goeddeels overeen met de gegevens van de normgroep van Veerman, e.a. (1997). Dove kinderen maken over het algemeen wel meer gebeurtenissen mee dan de normgroepen, zoals met name tot uitdrukking komt in het totaal aantal meegemaakte gebeurtenissen over de verschillende levensperioden. Vervolgonderzoek zal gericht moeten zijn op de invloed van positief ervaren en negatief ervaren gebeurtenissen als criterium voor 'extreme stress'. In dit onderzoek bleek namelijk het aantal gebeurtenissen van belang, en niet zozeer de aard ervan (zie ook Veerman & Ten Brink, 1993). Verder bleek de variabele intelligentieniveau samen te hangen met de positief en negatief ervaren gebeurtenissen. De vraag is echter of dove kinderen met een lager intelligentieniveau, in vergelijking met dove kinderen met een normaal of hoog intelligentieniveau, in de realiteit meer negatieve en minder positieve gebeurtenissen meemaken of dat het voor hen, naar het oordeel van de ouders, moeilijker is om een gebeurtenis te beoordelen. Of is het zo dat gebeurtenissen hen, door hun beperkte capaciteiten, voor grote problemen plaatsen. Nader onderzoek, te denken is aan onderzoek naar informatieverwerkingsprocessen (bijvoorbeeld visualisering van het dagelijkse leven) bij minder begaafde dove kinderen, zou hierop mogelijk een antwoord kunnen geven. Naar verwachting hebben dove kinderen voor wie hulp ingeschakeld is, meer stressvolle gebeurtenissen meegemaakt dan niet-verwezen kinderen (zie Veerman, e.a., 1997). Onderzoek hiernaar zou een stap kunnen zijn voor de validering van de VMG voor doven (zie ook Van Eldik, 1998).
5. De drie onderscheiden aspecten van de *opvoedingsomgeving*, gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en levensgebeurtenissen, bleken een direct effect te hebben op emotionele problemen/gedragsproblemen bij dove kinderen. Op grond daarvan moet de praktijk alle afzonderlijke aspecten van (hoge) gezinsbelasting

van gezinnen met een doof kind zeker aandacht geven. Met name wanneer sprake is van een Chaotisch (dimensie Adaptatie) en Los-Zand (dimensie Cohesie) gezinsfunctioneren vertonen dove kinderen in het bijzonder internaliserende problemen. Voor de praktijk betekent dit dat gezinnen, die als zodanig geassocieerd zijn, mogelijk geadviseerd moet worden (zeker in combinatie met andere klinische gegevens) meer vaste regels te hanteren, de rollen duidelijker te definiëren, duidelijker leiding te geven aan het kind en als gezinsleden meer op elkaar betrokken te zijn. Het feit dat sprake was van een direct effect van (het aantal meegemaakte) levensgebeurtenissen op vooral externaliserende problemen bij het kind vraagt onder meer om aandacht voor het probleem van het omgaan met stress in het gezin.

Gelet op deze uitkomsten kan verder onderzoek naar de onderlinge verhoudingen van de aspecten van de opvoedingsomgeving in samenhang met de mate van problemen van belang zijn. Hierbij kan gedacht worden aan onderzoek naar risicofactoren en protectieve factoren (zie Veerman, 1995).

6. Het gebruik van *diagnostische instrumenten* ter vaststelling van de aard en ernst van emotionele problemen en gedragsproblemen en van het actuele functioneren van de opvoedingsomgeving van dove kinderen verdient aanbeveling (zie ook Ten Brink, 1998). Daarbij dient bij voorkeur het gebruik van *gestandaardiseerde vragenlijsten* die hun waarde hebben bewezen in de algemene bevolkingsgroep. Criteria voor vragenlijsten zijn, behalve betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens, ook gebruikersgemak en toegankelijkheid. Het ontwikkelen van nieuwe vragenlijsten is een tijdrovende en kostbare bezigheid. De voorkeur is daarom uit te gaan van bestaand instrumentarium dat op zijn mogelijkheden voor gebruik bij de dovenpopulatie onderzocht moet worden. Ook in de praktijk kunnen dergelijke instrumenten op hun bruikbaarheid getoetst worden. De in dit onderzoek gebruikte vragenlijsten, de CBCL, de NVOS, de GDS en de VMG, hebben voor de dovenpopulatie belangrijke uitkomsten opgeleverd.
7. De keuze om bestaande, gestandaardiseerde vragenlijsten in dovenpopulaties te gebruiken, is bovendien belangrijk vanwege de ervaring dat in het veld van onderwijs en opvoeding van doven nog weinig materiaal voorhanden is en/of gebruikt wordt. Een inhaalslag zonder verlies aan kwaliteit is op deze wijze sneller gemaakt. Dit is te meer van belang omdat *registratie en dossiervorming* ten behoeve van onderzoek en behandeling gewenst zijn. Overigens dienen behandelaars hiervoor gemotiveerd te worden en een duidelijke organisatie voor het verzamelen van gegevens is daarbij van belang (zie Ten Brink, 1998). Dossiers zijn vaak gevuld met verslagen over gedrag van het kind en over de opvoedingssituatie die gemaakt zijn van intakegesprekken, begeleidingsgesprekken en evaluatiegesprekken, vaak door verschillende

functionarissen. Aan een heldere, integrale diagnose of oordeel ontbreekt het dikwijls. Een reden daarvoor is het gebrek aan gestandaardiseerde meetinstrumenten. Diagnostiek vereist zorgvuldigheid en controleerbaarheid en zou moeten uitmonden in aanbevelingen voor de behandeling en in uitspraken na afloop van de behandeling. Die procedure is gebaseerd op beslissingsregels. Deze beslissingsregels kunnen op hun beurt ondersteund worden door cijfers en kwalificaties. Er wordt voor gepleit om ten behoeve van de ontwikkeling van de diagnostiek registratie en dossiervorming van de cliënten op te zetten, experimenten in de diagnostische praktijk uit te voeren (zie ook Pameijer, Zijlmans & Vorstermans, 1994) en wetenschappelijk onderzoek (zie Schimmel & Veerman, 1995) te doen. De aldus verkregen gegevens kunnen bruikbaar zijn op de drie door Veerman (zie Veerman & Van der Doef, 1986; Veerman & Treffers, 1988) onderscheiden niveaus van de hulpverlening: microniveau (kind of gezin), mesoniveau (instelling) en macroniveau (landelijke voorzieningen).

9.5 Samenvatting

In Hoofdstuk 9 is ingegaan op de antwoorden op de verschillende vragen die aan dit onderzoek ten grondslag lagen. Er zijn enkele kanttekeningen geplaatst bij de opzet en uitvoering van dit onderzoek. Op basis van en naar aanleiding van de uitkomsten werden een aantal algemene opmerkingen gemaakt en ook concrete suggesties voor de hulpverleningspraktijk en voor vervolgonderzoek gedaan. Eén van de belangrijkste uitdagingen is wellicht om gestandaardiseerde meetinstrumenten te gebruiken in het veld van onderwijs aan en opvoeding van doven, gebaseerd op bestaand instrumentarium. Met de in dit onderzoek gebruikte onderzoeksinstrumenten bleek het goed mogelijk een beschrijving te verkrijgen van het emotioneel en gedragsmatige functioneren van het dove kind en van een aantal aspecten van de opvoedingsomgeving, in relatie tot gegevens van normpopulaties. Voorts is er voor gepleit meer aandacht te besteden aan gestandaardiseerde diagnostiek en onderzoek van dovenpopulaties. Dossiervorming en registratie van het emotioneel en gedragsmatig functioneren van dove kinderen en het functioneren van de opvoedingsomgeving zijn noodzakelijk om het beleid en de hulpverlening in het werkveld van de doven verder te ontwikkelen.

Samenvatting

In dit onderzoek zijn (relaties tussen) het psychisch functioneren, de gezinsbelasting, het gezinsfunctioneren en de meegemaakte stress van dove kinderen van vier tot achttien jaar in Nederland onderzocht.

In Hoofdstuk 1 is de aanleiding voor dit onderzoek besproken, te weten de relatief weinige aandacht voor psychische problemen onder dove kinderen en voor hun opvoedingsomgeving. Er is aandacht besteed aan het veld van onderzoek, in het bijzonder de onderwijsvoorzieningen. Verder is ingegaan op de prevalentie van doofheid en nieuwe ontwikkelingen die zich in de GGZ hebben voorgedaan. Dit onderzoek is aangeduid als een klinisch-epidemiologisch onderzoek.

In Hoofdstuk 2 zijn twee benaderingen van doofheid onderscheiden, de medische en de sociologische benadering. Ondanks mogelijke kritiek bood de eerste de meest objectieve maatstaven om empirisch onderzoek te verrichten bij doven. Verder zijn een aantal aspecten en implicaties van doofheid besproken. In het bijzonder is ingegaan op de sociaal-emotionele ontwikkeling. De aanname van een 'typische persoonlijkheid' voor doven werd verworpen.

In Hoofdstuk 3 zijn de onderzoeken naar emotionele problemen en gedragsproblemen bij dove kinderen besproken. De prevalentiecijfers varieerden van 5% tot ruim 50%. Recent onderzoek toont aan dat doven in het bijzonder meer gedragsproblemen vertonen dan horende kinderen. Er zijn diverse methodologische kanttekeningen geplaatst bij de besproken dovenonderzoeken. Deze hadden in het bijzonder betrekking op de onderzochte populaties, de instrumenten, de meetprocedures en de vergelijkingsgroepen. Opvallend was dat slechts in een enkel onderzoek ouders informant waren.

In Hoofdstuk 4 is de vraagstelling voor dit onderzoek nader besproken. Wat de opvoedingsomgeving betreft, zijn drie aspecten onderscheiden: gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en levensgebeurtenissen. Ingegaan is op de keuze voor de diverse vragenlijsten. Het onderzoeksmodel sloot aan bij het zogenaamde transactionele model, waarbij een wisselwerking tussen het psychisch functioneren en factoren van de opvoedingsomgeving wordt verondersteld. Tenslotte zijn de gebruikte statistische methoden besproken.

In Hoofdstuk 5 is allereerst de doelpopulatie besproken, te omschrijven als de enkelvoudig gehandicapte dove kinderen tussen vier en achttien jaar. Zogenaamde ernstig meervoudig gehandicapte dove kinderen zijn buiten het onderzoek gelaten. De doelpopulatie (circa 891 kinderen) was te lokaliseren op dovenscholen (738 kinderen) en in slechthorendenscholen (153 kinderen). De onderzoeksgroep, 175 kinderen (respons 90.2%) van het Instituut voor Doven Effatha te Voorburg/Zoetermeer en 63 kinderen (respons 42%) van 20 slechthorendenscholen, omvatte circa 27 % van de doelpopulatie. De onderzoeksgroep, bestaande uit 138 jongens en 100 meisjes met een Nederlandse nationaliteit, had een gemiddelde leeftijd van 11;2 jaar (s.d.=4.2). De etnische afkomst van de kinderen was voor 76.9% Nederlands en 23.1% niet-Nederlands. Alle kinderen hadden een gehoorverlies van 90 decibel of meer voor de spraakfrequenties 500-1000-2000-4000 Hertz. De ouders zijn vragenlijsten toegestuurd en er heeft een thuisinterview plaatsgevonden. De representativiteit van de onderzoeksgroep bleek voldoende gewaarborgd.

In Hoofdstuk 6 zijn de uitkomsten omtrent emotionele problemen/ge gedragsproblemen, vastgesteld met de Nederlandse vertaling van de Child Behavior Checklist (CBCL), weergegeven. Ruim 41% van de dove kinderen had, op basis van een Totale Probleemscore in de borderline range/klinische range, problemen tegen 15% van de algemene bevolkingsgroep. Ook de prevalentie van scores in de borderline/klinische range, als ook de gemiddelde scores, van de overige CBCL-schalen waren duidelijk hoger dan die van de algemene bevolkingsgroep. Er waren geen geslachtseffecten. Wel bleken significante verbanden tussen leeftijd en de schalen Angstig/Depressief en Sociale Problemen (kinderen van 12-18 jaar hadden meer problemen dan kinderen van 4-11 jaar); etnische afkomst en Sexproblemen (kinderen van 4-11 jaar met een niet-Nederlandse achtergrond vertoonden meer problemen); intelligentieniveau correleerde met Sociale Problemen, Denkproblemen en Aandachtsproblemen (kinderen met een lager intelligentieniveau vertoonden meer problemen). Ook is aandacht besteed aan de scores op de individuele probleemitems.

In Hoofdstuk 7 zijn de uitkomsten omtrent de opvoedingsomgeving vermeld. Ruim 12% van de gezinnen ervoer een extreme gezinsbelasting (onderzocht met de Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedings Situatie). In gezinnen waar de

communicatie tussen ouders en kind niet goed verloopt ervoeren de ouders meer belasting. Het gezinsfunctioneren is gemeten met de Gezins Dimensie Schalen (GDS). De gezinnen van de dove kinderen waren meer Gezamenlijk (Cohesie-schaal) gericht dan de gezinnen van de normgroep. Voor de Adaptatie-schaal en voor de indeling van Gezinstypen waren er geen verschillen met de normgroep. Er was samenhang tussen de communicatie ouder-kind en de scores op de Adaptatie-schaal en de Cohesie-schaal: in gezinnen waar de communicatie niet goed verloopt is sprake van een chaotisch en los-zand functioneren. Verder bleek dat dove kinderen meer gebeurtenissen (onderzocht met de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen) meegemaakt hadden dan de normgroep. Ruim 30% van de kinderen had een uitzonderlijk hoge stress ervaren op grond van het aantal meegemaakte gebeurtenissen gedurende de laatste twee jaar voorafgaand aan dit onderzoek. Dove kinderen met een lager intelligentieniveau hadden meer negatief ervaren gebeurtenissen meegemaakt gedurende hun leven en minder positieve het laatste jaar voorafgaand aan dit onderzoek. De opvoedingsomgeving als geheel (gezinsbelasting, gezinsfunctioneren en meegemaakte stress) bleek in 45% van de gezinnen verstoord.

In Hoofdstuk 8 is onderzocht welke factoren van invloed waren op emotionele problemen en gedragsproblemen. De invloed van de demografische en diagnostische factoren bleek gering. Middels een principale componenten factoranalyse zijn twee nieuwe factoren Gezinsbelasting en Gezinsfunctioneren (verklaarde variantie bijna 73%) geconstrueerd. Levensgebeurtenissen is als een aparte factor beschouwd. Uit de uitgevoerde multiële regressie-analyses met deze drie factoren bleek: (1) geen indirect voor Levensgebeurtenissen, wel directe invloeden op Totale Problemen en Externaliseren (meer gebeurtenissen hangen samen met meer problemen); (2) een direct effect van Gezinsbelasting op Totale problemen, Internaliseren en Externaliseren (meer gezinsbelasting hangen samen met meer problemen); en (3) een direct van Gezinsfunctioneren op Totale Problemen en Internaliseren (een inadequaat functioneren hangt samen met meer problemen).

In Hoofdstuk 9 tenslotte zijn kanttekeningen gemaakt bij de opzet en uitvoering van dit onderzoek. Voorts zijn een aantal algemene opmerkingen en specifieke suggesties voor de hulpverleningspraktijk en onderzoek gedaan. Als een belangrijke uitdaging is genoemd meer gestandaardiseerde instrumenten te gaan gebruiken in het veld van onderwijs aan en opvoeding van doven. Ook gestandaardiseerde diagnostiek en onderzoek van dovenpopulaties zijn aanbevolen. Dossiervorming en registratie van het emotioneel en gedragsmatig functioneren van dove kinderen en van het functioneren van de opvoedingsomgeving zijn noodzakelijk om beleid en hulpverlening in het werkveld van doven verder te ontwikkelen.

Summary

This dissertation concerns an investigation into (relations between) mental health problems, family stress, family functioning and life events of deaf children from the Netherlands, aged four till eighteen years.

Chapter 1 describes the reason for this study, that is relatively little attention being paid to mental problems of deaf children and to the family environment. Educational settings for the deaf are dealt with. In addition, the prevalence of deafness and new developments of the mental health services are perused. This study is characterized as a clinical-epidemiological research.

In chapter 2, two approaches to deafness are distinguished, namely the medical and sociological approach. In spite of possible drawbacks the first approach offered the most objective standards for empirical research among the deaf. Furthermore, a number of aspects and implications of deafness are mentioned. Social and emotional development, in particular, is being discussed. The assumption of a 'typical personality' of the deaf is invalidated.

In chapter 3, studies into emotional and behavioral problems among deaf children are discussed. Prevalence figures varied from 5% to well over 50 %. Recent research indicated that deaf children show significantly more behavioral problems than hearing children. The studies among deaf children discussed are being subjected to criticisms of a methodological nature. They are particularly related to the populations investigated, the measures used, the procedures and the comparison groups used. It was highly remarkable that only one study allowed for parents to be informers.

Chapter 4 deals with the hypotheses of this study. With regard to the family environment three aspects are distinguished, namely family stress, family functioning and life events. The choice of the rating scales is accounted for. The research model is linked with the so-called transactional model, which is based on the assumption of an interrelation between mental health problems and factors in the family environment. The chapter closes with a discussion of the statistical methods used.

Chapter 5 begins with a discussion of the target population characterized as single handicapped deaf children between four and eighteen years old. So-called seriously multiple handicapped deaf children were excluded from the research. The target population, about 891 children, was found in schools for the deaf (738 children) and schools for the hearing impaired children (153 children). The research group, 175 children (response 90.2%) of the Institute for the Deaf Effatha at Voorburg/ Zoetermeer and 63 children (response 42%) of 20 schools for hearing impaired children, comprised about 27% of the target population. The research group, which consisted of 138 boys and 100 girls of Dutch nationality, had a mean age of 11.2 years ($SD=4.2$). The ethnic background of the children was 76.9% Dutch and 23.1% non-Dutch. All children had a mean hearing loss of 90 decibels or more for the speech frequencies 500-1000-2000-4000 Hertz. Their parents received questionnaires and they were interviewed at home. The representativeness of the research group appeared to be sufficiently guaranteed.

Chapter 6 presents the results with regard to emotional and behavioral problems found with the Dutch translation of the Child Behavior Checklist (CBCL). More than 41% of the deaf children had a Total Problem score in the borderline range/clinical range, compared to 15% of the children of the general population. Besides, the prevalence of scores in the borderline range/clinical range, as well as the mean scores, on the other CBCL problem scales were clearly higher than those in the general population. In the research group no sex effects were found. There were, however, significant relations between age, problems on the Anxious/Depressed scale and Social Problems (children aged 12-18 showed more problems than children aged 4-11); between ethnic background and Sex Problems (children aged 4 - 11 with a non-Dutch background showed more problems); intelligence levels correlated with Social Problems, Thought Problems and Attention Problems (children with lower IQ levels showed more problems). Furthermore, attention was paid to scores on individual problem items of the CBCL.

In chapter 7 the results of the investigation of the family environment are described. With the 'Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie' (Nijmegen child rearing situation questionnaire) it appeared that more than 12% of the families experienced extreme family stress. Parents experienced more

stress if communication between them and their child was less effective. Family functioning was measured by means of the 'Gezins Dimensie Schalen' (family dimension scales). More families of deaf children functioned at middle levels (Separated and Connected) of the Cohesion scale than families of the norm group did. With respect to the Adaptation scale and the classification of family types there were no differences from the norm group. Parent-child communication and scores on the Adaptation scale and Cohesion scale correlated: families with less effective communication experience a higher (Chaotic) adaptability and a lower (Disengaged) cohesion. Furthermore it appeared that deaf children had experienced more life events than the norm group (investigated with the 'Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen'; questionnaire of life events). More than 30% of the children had experienced excessive stress during the last two years. Deaf children with lower IQ levels had experienced more negative events in their lifetime and fewer positive ones in the year preceding the research. The family environment as a whole appeared to be disturbed in 45% of the families in the research group.

Chapter 8 deals with a research into factors influencing emotional and behavioral problems. Demographic and diagnostic influences appeared to be minimal. By a principal components factor analysis, two new factors were constructed: Family Stress and Family Functioning (explained variance almost 73%). Life Events is considered as a separate factor. Multiple regression analyses made with these three factors showed: (1) No indirect effect of Life Events, yet a direct relation with Total Problems and Externalizing problems (more events are associated with more problems); (2) A direct effect of Family Stress on Total Problems, Internalizing problems and Externalizing problems (more stress was associated with more problems); and (3) A direct relation between Family Functioning and Total Problems and Internalizing problems (inadequate functioning was associated with more problems).

Finally, chapter 9 elaborates the construction and conduction of this study. A number of general remarks and specific suggestions are made for improving aid and research. It is argued that the use of more standardized instruments in the field of educating and raising deaf children is an important challenge. Standardized diagnostics and research in deaf populations are also recommended. Filing and registration of emotional and behavioral functioning of deaf children and functioning of their family environment are necessary for the further development of policy and improvement of aiding services for the deaf.

Referenties

- Abelfotouh, M.A. & Telmesani, A. (1993). A study of some psychological characteristics of blind and deaf male students in Abba City, Asir Region, Saudi Arabia. *Public Health*, 107, 261-269.
- Abrams, D.M. (1991). Looking at and looking away. Etiology of preoedipal splitting in a deaf girl. *Psychoanalytic Study of the Child*, 46: 277-304.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society of Research Child Development*, 46 (188).
- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. & Howell, C.T. (1987). Child/ adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-222.
- Ainsworth, M.D., Bell, S.M.V. & Stayton, D.J. (1971). Individual differences in strange-situation behaviour of one-year-olds. In H.R. Schaffer (Ed.). *The origins of human social relations*. London/ New York: Academic Press.
- Altshuler, K.Z. (1974). The social and psychological development of the deaf child: Problems, their treatment and prevention. *American Annals of the Deaf*, 119, 365-376.
- Altshuler, K.Z. (1978). Toward a psychology of deafness? *Journal of Communication Disorders* 11: 159-169.
- Andersson, Y. (1989). *The world of the deaf: categorisation of deaf people and culture as a resource in mental health services*. Proceedings of the European Congress on Mental Health and Deafness. Rotterdam. The Netherlands. November 9-11, 1988.
- Aplin, D.Y. (1985). Social and emotional adjustment of hearing-impaired children in special schools. *Journal of the British Association of Teachers of the Deaf*, 9, 4, 84-94.
- Aplin, D.Y. (1987). Social and emotional adjustment of hearing-impaired children in ordinary and special schools. *Educational Research Volume*, 29, 1, 56-64.
- Baack, T.M. & Zandberg, Tj. (1993). *Het woon-werk project voor dove jongeren met gedragsproblemen*. Noorderlijk Instituut voor Orthopedagogisch Onderzoek. Vakgroep Orthopedagogiek Rijksuniversiteit Groningen.
- Bachara, G.H., Raphael, J. & Phelan, W.J. (1980). Empathy development in deaf preadolescents. *American Annals of the Deaf*, 125, 38-41.
- Backenroth, G. (1987). Group support for parents of deaf and hearing impaired children. *International Journal of Rehabilitation Research*, 10, 324-327.

- Baldwin, A.L., Baldwin, C. & Cole, R.E. (1991). Stress-resistant families and stress-resistant children. In J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge University Press.
- Basilier, T. (1964). Surdophrenia. The psychic consequences of congenital or early acquired deafness. Some theoretical and clinical considerations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 40, 363-372.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, G.A.J. & Jong, E.M. de (1990). *Opgroeien in een horende wereld. Dove kinderen en adolescenten: ontwikkeling, problemen, psychische hulpverlening*. Twello: Van Tricht.
- Beck, G.A.J. & Jong, E.M. de (1989). Psychische hulpverlening aan dove kinderen en adolescenten. In A.P.M. van Hagen en H. Knoors (Red.). *Ondervijs aan doven*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Behar, L. & Stringfield, S.A. (1974). Behaviour rating scale for the preschool child. *Developmental Psychology*, 10, 601-610.
- Bellman, S. (1989). Prevention of hearing loss. In D.N. Brooks (Ed.). *Adult Aural Rehabilitation*. London: Chapman and Hall.
- Bellugi, U., Klima, E.S. & Poizner, H. (1988). Sign language and the brain. In F. Blum (Ed.). *Language, communication and the brain*. New York: Raven Press.
- Berden, G.F.M.G. (1992). *De ontwikkeling en toepassing van een levensgebeurtenissen vragenlijst en van een levensgebeurtenissen interview*. Academisch Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Berden, G.F.M.G., Althaus, M. & Verhulst, F.C. (1988). Dragen 'levensgebeurtenissen' bij tot gedragsveranderingen bij kinderen en jeugdigen: voorlopige onderzoeksresultaten. In P.P. Goudema, H.J. Groenendaal & F.A. Swets-Gronert (Red.). *Kind in geding. Bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen*. Amersfoort/Leuven: Acco.
- Beresford, B.A. (1994). Resources and Strategies: How parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.
- Berger, J. & Cunningham, C. (1983). Development of early vocal behaviors and interactions in Down's syndrome and nonhandicapped infant-mother pairs. *Development Psychology*, 19, 322-331.
- Bess, F.H. (1985). The minimally hearing-impaired child. *Ear and Hearing*, 6, 43-47.
- Blood, I.M. & Blood, G.W. (1983). School-age children's reactions to deaf and hearing-impaired children. *Perceptual and Motor Skills*, 57, 373-374.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss. Volume I: Attachment*. New York: Basic Books.
- Breed, P.C.M. & Swaans-Joha, B.C. (1986). *Doven in Nederland. Een exploratief onderzoek naar de leefsituatie van volwassen dove mensen in relatie tot opvoeding en onderwijs*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.). *Growing points of attachment: theory and research. Monographs of the Society for research in Child Development*, 50, 3-38.
- Brink, L.T. (1998). *De ontwikkeling van kinderen tijdens een periode van klinische jeugdzorg. Status, beloop en prognose*. Academisch Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Brink, L.T., ten & Veerman, J.W. (1997). *Experimentele klinische normen voor de CBCL*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut. Afdeling EPI.
- Broesterhuizen, M.L.H.M. (1992). *De Sociaal-Emotionele Ontwikkeling van Dove Kinderen. Een ontwikkelingspsychologische en psychometrische studie van patronen van psychosociale aanpassing bij dove kleuters en adolescenten*. Academisch Proefschrift. Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Brooks-Gunn, J. & Lewis, M. (1982). Affective exchanges between normal and handicapped infants and their mothers. In T.M. Field & A. Fogel (Eds.). *Emotion and early interaction*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bruyn, E.E.J. de (1985). *Psychodiagnostiek. Een systematische inleiding vanuit het klinische gezichtspunt*. Rotterdam: Lemniscaat.
- BSA (1988). British Society of Audiology recommendation descriptors for pure-tone audiograms. *British Journal of Audiology*, 22: 123.
- Budden, S.S., Robinson, G.C., Maclean, C.D. & Cambon, K.G. (1974). Deafness in infants and preschool children. An analysis of etiology and associated handicaps. *American Annals of the Deaf*, 119, 387-395.

- Buurmeijer, F.A. & Hermans, P.C. (1988a). *Gezinsfunctioneren en individuele stoornissen. Een vergelijkend onderzoek naar het functioneren van gezinnen met en gezinnen zonder manifeste stoornissen bij een van de gezinsleden*. Proefschrift. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
- Buurmeijer, F.A. & Hermans, P.C. (1988b). *Gezins Dimensie Schalen. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Cates, J.A. (1991). Self-concept in hearing and prelingual, profoundly deaf students. *American Annals of the Deaf*, 136, 354-359.
- CBS/NIMAWO (1990). Lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking 1986/1988. Den Haag.
- Chess, S. (1975). Behavior and learning of rubella children. In D.W. Naiman (Ed.) *Needs of emotionally disturbed hearing impaired children*. New York: New York University Deafness Research and Training Center.
- Chess, S. & Fernandez, P. (1980a). Do deaf children have a typical personality? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 654-664.
- Chess, S. & Fernandez, P. (1980b). Impulsivity in rubella deaf children: a longitudinal study. *American Annals of the Deaf*, 125, 505-509.
- Chess, S. & Fernandez, P. (1980c). Neurological damage and behavior disorder in rubella children. *American Annals of the Deaf*, 125, 998-1001.
- Chess, S., Fernandez, P. & Korn, S. (1980). The handicapped child and his family: consonance and dissonance. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 56-67.
- Chess, S., Korn, S.J. & Fernandez, P. (1971). *Psychiatric disorders of children with congenital rubella*. New York: Brunner and Mazel.
- Chorus, A.M.J., Kremer, A., Oortwijn, W.J. & Schaapveld, K. (1995). Slechthorendheid in Nederland; achtergrondinformatie bij een knelpuntentnotitie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cole, S.H. & Edelmann, R.J. (1991). Identity patterns and self- and teacher-perceptions of problems for deaf adolescents: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1159-1165.
- Commission of the European Communities (1979). Childhood deafness in the European Community. EEG, Brussel/ Luxemburg.
- Coninx, F. & Cremers, C.W.R.J. (1993). Slechthorendheid bij kinderen. In *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*, RIVM. Bilthoven
- Conrad, R. (1979). *The deaf school child*. London: Harper & Row.
- Conte, M.P. (1992). Problems and findings in psycho-analytic psychotherapy with two deaf children of hearing families. Proceedings of the Second International Congress of the European Society for Mental Health and Deafness, 264-267. Namur: La Bastide.
- Cooper, B. & Morgan, H.G. (1973). *Epidemiological psychiatry*. Springfield, Illinois: Thomas.
- Coplan, J. (1987). Deafness: ever heard of it? *Pediatrics*, 79, 206-213.
- Covington, V.C. (1980). Problem of acculturation into the deaf community. *Sign Language Studies*, 28, 267-285.
- Crnic, K.A., Ragozin, A.S., Greenberg, M.T., Robinson, N.M. & Basham, R.B. (1983). Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life. *Child Development*, 54, 1199-1210.
- Cunningham, C.C., Aumonier, M. & Sloper, P. (1982). Health Visitor services for families with a Downs Syndrome Infant. *Child: Care, Health and Development*, 8, 6, 311-326.
- Dadds, M. (1995). *Families, children and the development of dysfunction*. Sage publications:
- Davis, J.M., Elfenbein, J., Schum, R. & Bentler, R.A. (1986). Effects of mild and moderate hearing impairments on language, educational, and psychosocial behavior of children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 51, 53-62.
- Davis, A., Wood, S., Healy, R., Webb, H. & Rowe, S. (1995). Risk factors for hearing disorder: Epidemiologic evidence of change over time in the UK. *Journal of the American Academy of Audiology*, 6, 365-370.
- Denmark, J.C., Adams, J. & Monteiro, T. (1985). *Surdofrenia*. Paper presented at the International Congress on the Education of the Deaf. August 1985. University of Manchester.

- Denmark, J.C. & Warren, F. (1972). A psychiatric unit for the deaf. *British Journal of Psychiatry*, 120, 423-428.
- Durlak, J.A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladjusted children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Dijk, J. van, & Eindhoven, J. van (1987). Recente ontwikkelingen in de dovenpedagogiek: controversen en meningen. In R. de Groot, K. Doombos, J.D. van der Ploeg & P.A. de Ruyter. *Handboek Orthopedagogiek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Earls, F. (1989). Epidemiology and child psychiatry: Entering the second phase. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 279-283.
- Effatha (1994). *Jaarverslag 1994*.
- Eldik, T.Th. van (1988). Scriptie MO-A Pedagogiek. Visie en Reflectie. Afstudeerwerkstuk in het kader van de opleiding MO-Pedagogiek aan de Hogeschool Katholieke Leergangen Tilburg. Voorburg.
- Eldik, T.Th. van (1990). *Gedragsproblemen bij dove kinderen. Een onderzoek bij dove jongens van 6-11 jaar met behulp van de Child Behavior Checklist*. Afstudeerwerkstuk in het kader van de Hogere Kaderopleiding Pedagogiek van de Hogeschool Katholieke Leergangen Tilburg. Voorburg.
- Eldik, T.Th. van (1992). Stabiliteit van gedrag van dove jongens van 6-11 jaar. *Verslag van een follow-up onderzoek na een periode van twee jaar*. Doctoraalscriptie. VU-Amsterdam.
- Eldik, T.Th. van (1993a). *Omgevingsstress en gedragsproblemen bij dove kinderen en jongeren. Een onderzoek bij dove jongens van 7-15 jaar*. Voorburg: Effatha, Christelijk Instituut voor Doven.
- Eldik, T.Th. van (1993b). *Stabiliteitsonderzoek naar gedrag van dove kinderen. Verslag van een follow-up onderzoek bij dove jongens van 6-11 jaar na een periode van vier jaar*. Voorburg: Effatha, Christelijk Instituut voor Doven.
- Eldik, T.Th. van (1993c). Stabiliteit van probleemgedrag van dove jongens. *Kind & Adolescent*, 14, 260-264.
- Eldik, T.Th. van (1994a). Behavior problems with deaf Dutch boys. *American Annals of the Deaf*, 139, 394-399.
- Eldik, T.Th. van (1994b). Omgevingsstress en gedragsproblemen bij dove jongens. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 10, 3, 176-184.
- Eldik, T.Th. van (1994c). *Handleiding Thuisinterviews. Onderzoek Doven 4-18 Nederland*. Voorburg: Effatha, Christelijk Instituut voor Doven.
- Eldik, T.Th. van (1998). *Mental health and family functioning of Dutch deaf children*. Lezing gehouden tijdens het 18e International Congress on Education of the Deaf. 16-20 July 1995 Tel Aviv, Israel. In A.Weisel (Ed.) *Proceedings of the 18th International Congress on Education of the Deaf*. Tel Aviv, Israel: Ramot Publications - Tel Aviv University.
- Eldik, T.Th. van (in voorbereiding). *Gedragsproblemen bij dove kinderen. Beoordeling door ouders, leerkrachten en groepsleiding*. Voorburg: Effatha, Christelijk Instituut voor Doven.
- Eldik, T.Th. van (in druk). CBCL-normgegevens voor de dovenpopulatie. Gids voor de praktijk. Voorburg: Effatha, Christelijk Instituut voor Doven.
- Elliott, H., Glass, L. & Evans, J.W. (Eds.). (1987). *Mental health assessment of deaf clients*. Little, Brown and Company, Boston/Toronto/San Diego.
- Engeland, H. van (1986). *De ontdekking van het oppervlak*. Utrecht: Rijksuniversiteit, inaugurale rede.
- Ens-Dokkum, M.H., Schreuder, A.M. & Veen, S. (1992). *Outcome at five years of age in very preterm and very low birthweight infants in the Netherlands. Results from the nationwide collaborative follow-up study: Project On Preterm and Small for gestational age infants, POPS 1983*. Proefschrift Leiden. 's Gravenhage: Pasmans.
- Erting, C.J., Prezioso, C. & O'Grady, M. (1987). *Mothers sign in babytalk*. Paper presented at the Fourth International Symposium on Sign Language Research. Lappeenranta, Finland.
- Essenburg, J.C. & Steenbergen, B.R. (1988). Handeling(s)inzicht ten behoeve van dove kindren en jongeren. In *Speciaal Bezien. Bijdragen ten behoeve van de speciale hulpverlening aan dove kinderen*. Symposiumbundel ter gelegenheid van het 100-jarig bestaan van Effatha, Christelijk Instituut voor Doven.
- Evans, J.W. (1987). Mental health treatment of hearing impaired adolescents and adults. In B.W. Heller, L.M. Flohr & L.S. Zegans (Eds.). *Psychosocial interventions with sensorially disabled persons*. New York: Grune & Stratton.

- Evenhuis, H.M. (1996). Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van slechthorendheid bij mensen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 1851-1854.
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C. & Terlaak, J. (1992). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Farren, D.C., Metzger, J. & Sparling, J. (1986). Immediate and continuing adaptation in parents of handicapped children. In Gallagher, J.J. & Vietze, P.M. (Eds.). *Families of handicapped persons: research, programs and policy issues*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Company.
- Farrugia, D. & Austin, G.F. (1980). A study of social-adjustment patterns of hearing-impaired students in different educational settings. *American Annals of the Deaf*, 125, 535-541.
- Feinstein, C.B. (1983). Early adolescent deaf boys: a biopsychosocial approach. *Adolescent Psychiatry*, 11, 147-162.
- Feinstein, C.B. & Lytle, R. (1987). Observations from clinical work with high-school aged, deaf adolescents attending a residential school. *Adolescent Psychiatry*, 14, 461-477.
- Fewell, R.R. (1986). Support from religious organisations and personal beliefs. In Fewell, R.R. & Vadasy, P.F. (Eds.). *Families of handicapped children: Needs and supports across the life span*. Austin, Texas: Pro-Ed.
- Fletcher, R.H., Fletcher, S.W. & Wagner, E.H. (1988). *Clinical epidemiology: the essentials (2nd edition)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Florian, V. & Krulik, T. (1991). Loneliness and social support of mothers of chronically ill children. *Social Science and Medicine*, 32, 1291-1296.
- Forton, G. (1992). *Praktische audiologie en audiometrie*. Leuven/ Apeldoorn: Garant.
- Freeman, R.D., Carbin, C.F. & Boese, R.J. (1984). Als je kind niet horen kan. Een gids voor ouders, opvoeders en begeleiders van dove en ernstig slechthorende kinderen. Baarn: Ambo.
- Freeman, R.D., Malkin, S.F. & Hastings, J.O. (1975). Psychosocial problems of deaf children and their families: a comparative study. *American Annals of the Deaf*, 120, 391-405.
- Frenay, W. (1984). *En niemand heeft geluisterd...* Utrecht: FODOK.
- Friedrich, W.N., Greenberg, M.T. & Crnic, K. (1983). A short-form of the Questionnaire on Resources and Stress. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 41-48.
- Fundudis, T., Kolvin, I. & Garside, R. (Eds.). (1979a). *Speech retarded and deaf children*. London: The Hogarth Press.
- Fundudis, T., Kolvin, I., Van der Spuy, H., Tweddle, E.G. & George, G.S. (1979b). The hearing impaired child: behavior and personality. In T. Fundudis, I. Kolvin & R. Garside (Eds.). *Speech retarded and deaf children*. London: The Hogarth Press.
- Furnham, A. & Lane, S. (1984). Actual and perceived attitudes towards deafness. *Psychological Medicine*, 14, 417-423.
- Furth, H.G. (1966). Thinking without language: Psychological Implications of deafness. New York/London: The Free Press.
- Geers, A.E. & Moog, J.S. (in druk). *Speech perception and production skills of hearing-impaired students from oral and total communication education settings*. St. Louise (Mo): Central Institute for the Deaf.
- Gent, T. van (1996). De klinische psychiatrische behandeling van dove kinderen en jeugdigen. In Verheij, F. & F.C. Verhulst (Red.). *Kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld*. Assen: Van Gorcum.
- Gentile, A. & McCarthy, B.Mc. (1973). *Additional handicapping conditions among hearing impaired students, United States: 1971-1972*. Washington, DC.: Office of Demographic Studies. Gallaudet College.
- Gersten, J.C., Langner, T.S., Eisenberg, J.G., Simcha-Fagen, O. & McCarthy, E.D. (1976). Stability and change in types of behavioral disturbance of children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 111-127.
- Goldberg, B., Lobb, H. & Kroll, H. (1975). Psychiatric problems of the deaf child. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 75-83.
- Goodyer, I.M. (1990). Recent life events and psychiatric disorder in school age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 839-848.
- Gore, S. & Eckenrode, J. (1994). Context and process in research on risk and resilience. In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.). *Stress, risk, and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.

- Goulder, T.J. & Trybus, R.J. (1977). *The classroom behavior of emotionally disturbed hearing impaired children*. Washington, DC: Gallaudet College, Office of Demographic Studies.
- Goyette, C.H., Conners, C.K. & Ulrich, R.F. (1978). Normative data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.
- Graaf, R. de & Bijl, R.V. (1998). Geestelijke gezondheid van doven. Psychische problematiek en zorggebruik van dove en ernstig slechthorende volwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Graaf, R. de, Knippers, E.W.A. & Bijl, R.V. (1997). *Doofheid en ernstige slechthorendheid in Nederland. Mate van voorkomen en relevante achtergrondkenmerken*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Graham, P. (1979). Epidemiological studies. In H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood*, (2nd ed.). New York: Wiley.
- Graham, P. & Rutter, M. (1968). The reliability and validity of psychiatric assessment of the child (II). Interview with the parent. *British Journal of Psychiatry*, 114, 581-592.
- Green, R.G. Harris, R.N. Forte, J.A. & Robinson, M. (1991). Evaluating FACES III and the circumplex model: 2,440 families. *Family Process*, 30, 55-73.
- Green, B.L., Mislevy, R., Litoff, S.G. & Schleiter, M.K. (in preparation). *Nature and relative rates of emotional/behavioral disturbance in hearing impaired school age youth*.
- Greenberg, M.T. & Kuschl, C.A. (1989). Cognitive, personal, and social development of deaf children and adolescents. In M.C. Wang, M.C. Reynolds & H.J. Walberg (Eds.), *Handbook of special education Research and Practice. Volume 3: Low incidence conditions*. Oxford-New York: Pergamon Press.
- Greenberg, M.T. & Kuschl, C.A. (1993). *Promoting social and emotional development in deaf children: The PATHS project*. Seattle, WA: Washington University Press.
- Greenberg, M.T. & Marvin, R.S. (1979). Attachment patterns in profoundly deaf preschool children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 25, 265-279.
- Harrington, R. (1994). Affective disorders. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Modern approaches to child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific.
- Harris, R.I. (1981). Mental health needs and priorities in deaf children and adults: A deaf professional's perspective for the 1980's. In L.K. Stein, E.D. Mindel, T. Jabaley (Eds.), *Deafness and mental health*. New York: Grune & Stratton.
- Harvey, M.A. (1989). *Psychotherapy with deaf and hard of hearing persons: a systematic model*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass. Publ.
- Henggeler, S.W. & Cooper, P.F. (1983). Deaf child-hearing mother interaction: extensiveness and reciprocity. *Journal of Pediatric Psychology* 8: 83-95.
- Higgins, P.C. (1987). Understanding deafness socially: In P.C. Higgins & J.E. Nash (Eds.): *Understanding deafness socially*. Springfield, IL: Charles Thomas.
- Hillen, A. & Tiemessen, P. (1991). *Gedragproblemen en gezinsbelasting. De relatie tussen gedragsproblemen bij kinderen en de gezinsbelasting die ouders ervaren in een problematische opvoedingssituatie*. Doctoraalscriptie. Nijmegen: Katholieke Universiteit, Instituut voor Orthopedagogiek.
- Hindley, P.A. (1993). *Signs of feelings. A prevalence study of psychiatric disorder in deaf and partially hearing children and adolescents*. London: Royal National Institute for the Deaf. Research Report.
- Hindley, P.A. (1997). Psychiatric aspects of hearing impairments. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 38, 101-117.
- Hindley, P.A., Hill, P.D. & Bond, D. (1993). Interviewing deaf children, the interviewer effect: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1461-1467.
- Hindley, P.A., Hill, P.D., McGuigan, S. & Kitson, N. (1994). Psychiatric disorder in deaf and hearing impaired children and young people: A prevalence study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 917-934.
- Hodges, K. (1987). Assessing children with a clinical research interview: The child assessment schedule. In R. Prinz (Ed.), *Advances in behavioural assessment of families and children*. Greenwich, CT: Academic Press.
- Hoven, M. van den & Speth, L. (1976). Doofheid, hersenbeschadiging en communicatie. *Intermediair* 12.
- Jensema, C. & Trybus, R.J. (1975). *Emotional disturbance in hearing impaired children*. Washington D.C.: Gallaudet College - Institute for demographic Studies.

- Johnson, J.H. (1986). *Life-events as stressors in childhood and adolescence*. Beverly Hills: SAGA-Publications.
- Junger-Tas, J. (1983). *Uithuisplaatsing van kinderen*. Den Haag: Speciale uitgave mededelingenblad van de Coördinatiecommissie Wetenschappelijk Onderzoek Kinderbescherming in samenwerking met het Werkverband Integratie Jeugdwelzijnswerk Nederland.
- Kapteyn, T.S. & Olde Kalter, P. (1993). Ouderdomslethorendheid. In *RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning: de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Den Haag: SDU Uitgeverij.
- Kazdin, A.E. (1987). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Beverly Hills: SAGA-Publications.
- Kelly, D., Kelly, B., Jones, M., Moulton, N., Verhulst, S. & Bell, S. (1993). Attention deficits in children and adolescents with hearing loss. *American Journal of Diseases of Children*, 147, 737-741.
- Kew, S. (1975). *Handicap and family crisis*. London: Pitman.
- Kievit, Th, De Wit, J., Groenendaal, H.J.A. & Tak, J.A. (Red.) (1996). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Klinghammer, H.D. (1978). Zur psychischen Situation Hörgeschädigter Kinder und Jugendlicher. In K.J. Kluge (Ed.). *Körperliche, seelische und heilpädagogische Belastbarkeit von körperbehinderten, sehbehinderten und blinden sowie hörgeschädigten Kindern (Teil II)*. Bonn-Bad Godesberg.
- Knoors, H. (1986). Het gebruik van gebaren in het onderwijs aan doven: een kwestie van keuzes. *Psycholinguïstiek en taalstoornissen*, 24, 1, 90-99.
- Knoors, H. (1989). Verwerving van congruentie in Nederlandse Gebarentaal zonder primair gebarentaalaanbod. In A.P.M. Hagen & H. Knoors (Eds.). *Onderwijs aan doven*. Amsterdam/ Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Koester, L.S. & MacTurk, R.H. (1991). *Predictors of attachment relationships in deaf and hearing infants*. Poster presented at the XIth Biennial Meetings of the International Society for the Study of Behavioural Development. Minneapolis, Minnesota, July 3-7, 1991. Washington, DC: Gallaudet University.
- Koester, L. & Meadow-Orlans, K. (1991). Parenting a deaf child: Stress, strength and support. In D.F. Moores & K.P. Meadow-Orlans (Eds.). *Educational and developmental aspects of deafness*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Koester, L.S. & Trimm, V.M. (1991). *Face-to-face interactions with deaf and hearing infants: do maternal or infants behaviors differ?* Paper presented at the Biennial Meetings of the Society for Research in Child Development. Seattle, WA, April 18-20, 1991. Washington, DC: Gallaudet Research Institute.
- Kolvin, I., Wolff, S., Barber, L.M. (1975). Dimensions of behaviour in infant school children. *British Journal of Psychiatry*, 126, 114-126.
- Koning, R.F. & Tremonti, G.W. (1985). Het follow-up project psychotherapeutische gemeenschappen (2): het non-respons probleem. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 27, 56-70.
- Koot, J.M. & Verhulst, F.C. (1990). Stabiliteit van door ouders gerapporteerd probleemgedrag bij vier- tot twaalfjarigen. *Kind & Adolescent*, 11, 4-17.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Psychiatrica*, 46, 305-315.
- Kruger, M. (1982). Der Personenkreis. In *Handbuch der Sonderpädagogik, Band 3: Pädagogik der Gehörlosen und Schwerhörigen*. Berlin: Carl Manhold Verlagsbuchhandlung.
- Landis, J.R. & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lane, H. (1984). *When the mind hears. A history of the deaf*. New York: Random House.
- Lane, H. (1987). Paternalism and the deaf: an open letter to Mme Umuyeyi. In *Proceedings of the Tenth World Congress of the World Federation of the Deaf*, p. 94-117. Helsinki: Finnish Association of the Deaf.
- Langereis, M.C., Popken, W. & Hakker, A. (1997). *Arentshofproject. Behandelingsgerichte diagnostiek van gehoor en communicatie bij kinderen met meerdere handicaps*. Voorburg: Effatha, Christelijk Instituut voor Doven.
- Leaf, P.J., Alegria, M., Cohen, P. et al. (1996). Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 889-897.
- Lebuffe, F.P. & Lebuffe, L.A. (1979). Psychiatric aspects of deafness. *Primary Care*, 6, 295-310.

- Lederberg, A.R. & Mobley, C.E. (1990). The effect of hearing impairment on the quality of attachment and mother-toddler interaction. *Child Development*, 61, 1596-1604.
- Leigh, I.W., Robins, C.J. & Welkowitz, J. (1990). Impact of communication on depressive vulnerability in deaf individuals. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 23, 68-73.
- Lem, G.J. van der (1983). Gezinsbegeleiding en communicatieve vaardigheden. In B.Th. Tervoort (Ed.). *Hand over hand. Nieuwe inzichten in de communicatie van doven*. Muiderberg: Coutinho.
- Lem, G.J. van der (1986). Dove en ernstig slechthorende kinderen. In G. Chackers [et al.] *Handboek kinderen en adolescenten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Leonard, A. (1992). *A hard act to follow: a study of the experience of parents and children under the 1981 Education Act*. London: The Spastics Society.
- Lesser, S.R. & Easser, B.R. (1972). Personality differences in the perceptually handicapped. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 11, 458-466.
- Levine, E.S. (1969). Historical review of special education and mental health services. In J.D. Rainer, K.Z. Altshuler, F.J. Kallman (Eds.). *Family and mental health problems in a deaf population*. Springfield.
- Liben, L.S. (Ed.) (1978). *Deaf children: Developmental perspectives*. New York: Academic Press, Inc.
- Libow, J.A. (1989). Chronic illness and family coping. In Combrinck-Graham, L. (Ed.). *Children in family contexts - perspectives on treatment*. New York: The Guilford Press.
- Lilienfeld, A.M. (1976). *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Ling, D. (1984). *Early intervention for hearing-impaired children: oral options*. San Diego: College Hill Press. California.
- Lisdonk, E.H. van de, Bosch, W.J.H.M. van den, Huygen, F.J.A. & Lagro-Janssen, A.L.M. (1990). *Ziekten in huisartspraktijk*. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge.
- Litowitz, B.E. (1987). Language and the young deaf child. In E.D. Mindel & M. Vernon (Eds.). *They grow in silence*. Boston: College Hill Press.
- Lostello, E.J. & Angold, A. (1988). Scales to assess child and adolescent depression: checklists, screens and nets. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 726-737.
- Lowe, A. (1981). The historical development of oral education. In A.M. Mulholland (Ed.). *Oral education today and tomorrow*. Washington D.C.: The Alexander Graham Bell Association for the Deaf.
- Maccoby, E.E. & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P.H. Mussen (Ed.). *Handbook of child development, Vol. IV, Socialization, personality, and social development*. New York: Wiley.
- MacLean, G. & Becker, S. (1979). Studies of the psychosocial adjustment of the hearing impaired. I. Adolescents and Their Families: A Pilot Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 744-747.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.). *Growing points of attachment: theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 3-38.
- Martin, F.N., George, K.A., O'Neil, J. & Daly, J.A. (1987). Audiologists' and parents' attitudes regarding counseling of families of hearing impaired children. *ASHA*, 29, 27-33.
- McCubbin, H.I. & Patterson, J.M. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. In McCubbin, H.I., Sussman, M.B. & Patterson, J.M. (Eds.). *Social stress and family*. New York: Hamworth Press.
- McCune, N. (1988). Deaf in a hearing unit: coping of staff and adolescents. *Journal of Adolescence*, 11, 21-28.
- McGee, R., Silva, P.A. & Williams, S. (1984). Behaviour problems in a population of seven-year-old children: prevalence, stability and types of disorder. A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 251-259.
- Meadow, K.P. (1978). The "natural history" of a research project: An illustration of methodological issues in research with deaf children. In L.S. Liben (Ed.). *Deaf children: developmental perspectives*. New York/ San Francisco/ London: Academic Press.
- Meadow, K.P. (1980). *Deafness and child development*. London: Edward Arnold Ltd.
- Meadow, K.P. (1981). Studies of behavior problems in children. In L.K. Stein, E.D. Mindel & T. Jabaley (Eds.). *Deafness and mental health*. p. 3-22. New York: Grune & Stratton.

- Meadow-Orlans, K.P. (1990). The impact of childhood hearing loss on the family. In D.F. Moores & K.P. Meadow-Orlans (Eds.). *Educational and developmental aspects of deafness*. Washington, D.C.: Gallaudet University Press.
- Meadow-Orlans, K.P., Greenberg, M.T. & Erting, C. (1990). Attachment behavior of deaf children with deaf parents. In D.F. Moores & K.P. Meadow-Orlans (Eds.). *Educational and developmental aspects of deafness*. Washington, D.C.: Gallaudet University Press.
- Meadow, K.P. & Trybus, R.J. (1979). Behavioral and emotional problems of deaf children: an overview. In L.J. Bradford & W.G. Hardy (Eds.). *Hearing and hearing impairment*. New York: Grune & Stratton.
- Meadow, K.P., Karchmer, M.A., Petersen, L.M. & Rudner, L. (1980). *Meadow/Kendall Social-emotional Assessment Inventory for Deaf Students: Manual*. Washington, DC: Gallaudet College.
- Meijer, R.W.J. & Veerman, J.W. (1989). Gedragsbeoordeling door verschillende informanten. Literatuurbespreking en eigen onderzoeksgegevens. *Kind & Adolescent*, 10, 4, 183-194.
- Meltzer, H., Smyth, M. & Robus, N. (1989). *OPCS surveys of disability in Great Britain, report 6, disabled children: services, transport and education*. London: HMSO.
- Mindel, E.D. & Feldman, V. (1987). The impact of deaf children on their families. In E.D. Mindel & M. Vernon (Eds.). *They grow in silence*. Boston: College Hill Press.
- Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (1990)
- Misiasek, J., Dooling, J., Gieseke, M., Melman, H., Misiasek, J.G. & Jorgensen, K. (1985). Diagnostic considerations in deaf patients. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 6, 513-521.
- Montgomery, G. (1989). Deafness and personality: dissolving the myths. In *Proceedings of the First European Congress of the European Society for Mental Health and Deafness*, p.51-56. Rotterdam: ESMHD.
- Moores, D.F. (1978). *Educating the deaf, psychology, principles, and practices*. Houghton Mifflin Company. Boston, USA.
- Moores, D.F. & Meadow-Orlans, K.P. (Eds.) (1990). *Educational and developmental aspects of deafness*. Washington, D.C.: Gallaudet University Press.
- Mordock, J.B. (1979). The separation-individuation process and development disabilities. *Exceptional Children*, 45, 176-184.
- Moses, K.L. (1985). Infant deafness and parental grief: psychosocial early intervention. In Powel, Finitzo-Hieber, Friel-Patti, Henderson (Eds.). *Education of the hearing impaired child*, p.85-102. San Diego/California: College Hill Press.
- Mulholland, A.M. (1981). *Oral education today and tomorrow*. Washington D.C.: The Alexander Graham Bell association for the Deaf.
- Myklebust, H.R. (1964). *The psychology of deafness*. New York: Grune & Stratton.
- National Deaf Children's Society (1990). *Young deaf people's view of integration: a survey report on integration*. NDCS, London.
- Newton, V.E. (1985). Aetiology of bilateral sensori-neural hearing loss in young children. *Journal of Laryngology and Otology. Supplement 10 (9)*.
- Nienhuys, T.G. & Tikotin, J.A. (1985). Mother-infant interaction: prespeech communication in hearing and deaf babies. Paper to be presented at the XVIIth International Congress on Education of the Deaf. University of Manchester, United Kingdom, August 4-9, 1985.
- Nolan, M. & Tucker, I.G. (1981). *The hearing impaired child and the family*. London: Souvenir.
- NSDSK (1989). *Jaarverslag Vroegtijdige Opsporing Gehoorstoornissen*. Amsterdam: Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind.
- NVPHD (1993). *Psychische hulpverlening aan doven in Nederland, de stand van zaken*. Symposium van de Nederlandse Vereniging voor Psychische Hulpverlening aan Doven, gehouden op 20 november 1992 te Amersfoort. Uitgave NVPHD.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P., Rae-Grant, N.I., Links, P.S., Cadman, D.T., Byles, J.A., Crawford, J.W., Munroe Blum, H., Byrne, C., Thomas, H. & Woodward, C.A. (1987). Ontario Child Health Study II. Six-months prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H. & Russell, C.S. (1979). Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family type and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.

- Olson, D.H., Portner, J. & Bell, R. (1982). *FACES II: Family adaptability and cohesion evaluation scales*. Family Social Science. University of Minnesota, St. Paul.
- Padden, C. (1980). The deaf community and the culture of deaf people. In C. Baker & R. Battison (Eds.). *Sign language and the deaf community: Essays in honor of William Stokoe*. National Association of the Deaf. Silver Springs.
- Pameijer, N.K., Zijlmans, S.W.M. & Vorstermans, M.G.C. (1994). Het gebruik van de CBCL-lijsten in de praktijk: mogelijkheden en moeilijkheden. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 33, 87-103.
- Parker, J.G. & Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- Passchier-Vermeer, W. (1989). Het gehoor van jongeren en blootstelling aan geluid. Den Haag, Gezondheidsraad.
- Philip, M. & Duckworth, D. (1982). *Children with disabilities and their families: a review of research*. Windsor:NFER-Nelson.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child*. New York: Basic Books.
- Pollard, R. (1993). 100 years in psychology and deafness: A centennial retrospective. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 26, 32-45.
- Preisler, G. (1983). *Deaf children in communication*. University of Stockholm Publications.
- Prior, M.R., Glazner, J., Sanson, A. & DeBelle, G. (1988). Research Note: Temperament and behavioral adjustment in hearing impaired children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 209-216.
- Quay, H.C. (1986). Classification. In H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.). *Psychopathological disorders of childhood (3rd edition)*. New York: Wiley.
- Quay, H.C. & Petersen, D.R. (1967). *Manual for the Behavior Problem Checklist*. Champaign, Ill: University of Illinois Press.
- Quay, H.C. & Peterson, D.R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Coral Gables, FL:University of Miami.
- Quigley, S.P. & Kretschmer, R.E. (1982). *The education of deaf children*. Baltimore: University Park Press.
- Quine, L. & Pahl, J. (1985). Stress and coping in mothers caring for a child with severe learning difficulties: a test of Lazarus' transaction model of coping. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 57-70.
- Quine, L. & Wade, K. (1991). *Sleep disturbance in children with severe learning disabilities: an examination and an intervention trial*. University of Kent at Canterbury: Institute of Social and Applied Psychology and Centre for Health Service Research.
- Rainer, J.D. (1976). Some observations on affect induction and ego development in the deaf. *International Review of Psycho-Analysis*, 3, 121-128.
- Rainer, J.D. (1992). Psychiatric services for deaf people: current and future trends. In *Proceedings of the Second International Congress of the European Society for Mental Health and Deafness*, p. 54-60. Namur: La Bastide.
- Rainer, J.D., Altshuler, K.Z., Kallmann, F.J. & Deming, W.E. (1969). *Family and mental health problems in a deaf population*. 2nd edition. Springfield, Illinois: Ch.C. Thomas.
- Rapin, I. (1986). Helping deaf children acquire language: lessons from the past. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 11: 213-223.
- Read, J. (1991). There was never really any choice: The experience of mothers of disabled children in the United Kingdom. *Women's Studies International Forum*, 14, 561-571.
- Reerink, J.D., Hermgreen, W.P., Verkerk, P.H. & Verloove-Vanhorick, S.P. (1993). Congenitale afwijkingen in het eerste levensjaar in Nederland. In *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 137, 504-509.
- Reivich, R.S. & Rothrock, I.A. (1972). Behavioral problems of deaf children and adolescents: A factor-analytic study. *Journal of Speech and Hearing Research*, 15, 93-104.
- Remvig, J. (1989). Surdophrenia. In *Proceedings of the First European Congress of the European Society for Mental Health and Deafness*, p.57-65. Rotterdam: ESMHD.
- Riksen-Walraven, J.M.A. (1989). Meten in perspectief. Een levensloopmodel als achtergrond bij het meten en beïnvloeden van interacties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 28, 427-433.
- Robins, L.N. (1980). Longitudinal methods in the study of normal and pathological development. In F. Earls (Ed.) *Studies of children*. New York: Prodist.
- Rodenburg, M. (1984). *Geen goed gehoor, wat nu....*. Loghem: De Tijdstroom.

- Rodenburg, M. (1986). *Klinische audiologie*. Leiden: Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij.
- Rogers, S.J. (1986). Assessment of infants and preschoolers with low-incidence handicaps. In P.J. Lazarus & S.S. Strichart (Eds.). *Psycho-educational evaluation of children and adolescents with low-incidence handicaps*. Orlando, Florida: Grune & Stratton.
- Rogers, S.J. & Puchalsky, C.B. (1984). Social characteristics of visually impaired infants play. *Topics in Early Childhood Special Education*, 3, 52-57.
- Rollins, B.C. & Thomas, D.L. (1979). Parental support, power and control techniques in the socialization of children. In W.R. Burr, R. Hill, F.I. Nye & I.L. Reis (Eds.). *Contemporary theories about the family, Vol. 1*. London: Free Press.
- Rutter, M. (1967). A children's behavior questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.
- Rutter, M. (1977). Sociocultural influences. In M. Rutter & L. Hersov. *Child Psychiatry - Modern Approaches*. Oxford/ London: Blackwell Scientific Publications.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J. Rolf (Eds.). *Primary prevention of psychopathology, vol. 3: Social Competence in children*. Hanover N.H.: University Press of New England.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 28, 633-653.
- Rutter, M. & Graham, P. (1968). The reliability and validity of psychiatric assessment of the child: I. Interview with the child. *British Journal of Psychiatry*, 114, 563-579.
- Rutter, M. & Tuma, A.H. (1988). Diagnosis and classification some outstanding issues. In M. Rutter, A.H. Tuma & I.S. Lann (Eds.). *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. London: David Fulton Publishers.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O.F.D. & Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: fact or fiction. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 35-56.
- Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (Eds.) (1970). *Education, health and behavior. Psychological and medical study of childhood development*. New York: Wiley.
- Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M. & Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas 1 - The prevalence of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 126, 493-509.
- Sacks, O. (1989). *Stemmen zien. Reis naar de wereld van de doven*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Sameroff, A.J. & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel (Eds.). *Review of child development research (volume 4)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A.J. & Seifer, R. (1983). Familial risk and child competencies. *Child Development*, 54, 1254-1268.
- Sarti, D.M. (1993). Reaching the deaf child: A model for diversified intervention. *Smith College Studies in Social Work*, 63, 187-198.
- Schaffer, H.R. (1977). Early interactive development. In H.R. Schaffer (Ed.). *Studies in mother-infant interaction*. New York: Academic Press.
- Schaic, K.W. (1985). Cognitie en levensloop. In J.J.F. Schroots (Red.). *Levenslooppsychologie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schein, J.D. (1979). Multiply handicapped hearing impaired children. In L.J. Bradford & W.G. Hardy (Eds.). *Hearing and hearing impairment*. New York: Grune & Stratton.
- Schermer, G.M. (1989). Onderzoek naar kenmerken van de grammatica van Nederlandse gebarentaal. In A.P.M. Hagen & H. Knoors. *Onderwijs aan doven*. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Schermer, G.M., Bos, H. & Harder, R. (1987). Nederlandse gebarentaal nader bekeken. In R. Appel (Ed.). *You Me Linguistics Fun. Nieuwe inzichten in de toegepaste taalwetenschap. Special 2*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Schierbeek, P. (1978). Is de opsporing en begeleiding van slechthorende kinderen snel en doeltreffend? In *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* 122, 48, 1886-1891.

- Schimmel, J.J. & Veerman, J.W. (1995). *CBCL-onderzoek Boddaertcentra 1994. Gegevens over opname en vertrek*.
- Schlesinger, H. (1979). The deaf child. In J. Noshpitz (Ed.), *Basic handbook of child psychiatry I*, 421-427. New York: Basic Books.
- Schlesinger, H.S. & Acree, M.C. (1984). The antecedents of achievement and adjustment: a longitudinal study of deaf children. In G.B. Anderson & D. Watson (Eds.), *The habilitation and rehabilitation of deaf adolescents*. Proceedings of the National Conference on the Habilitation and Rehabilitation of Deaf Adolescents. University of Arkansas, Rehabilitation, Research and Training Center on Deafness and Hearing Impairment, Oklahoma. Washington: The National Academy of Gallaudet College.
- Schlesinger, H.S. & Meadow, K.P. (1972). *Sound and sign: childhood deafness and mental health*. Berkeley: University of California Press.
- Schoorl, P.M., De Vries, A.K. & Wijnekus, M.C. (1988). *Gezinsonderzoek. Methoden in de gezinsdiagnostiek*. Nijmegen: Dekker en Veght.
- Sinkkonen, J. (1994). *Hearing impairment, communication and personality development*. Academic dissertation. University of Helsinki.
- Slot, N.W. (1989). *Uitgangspunten voor een behandelingsprogramma voor dove jongeren met ernstige gedragsproblemen*. Duivendrecht/ Amsterdam, Paedologisch Instituut, Afdeling GT-projecten.
- Slot, N.W., Jagers, J.D. & Dik, M. (1990). *Cursushuismethodiek*. Amsterdam/ Duivendrecht, Paedologisch Instituut, Afdeling GT-projecten.
- Spradley, Th.S. & Spradley, J.P. (1978). *Lynn is doof*. Baarn: Ambo.
- Spronk, C.M. (1989). Psycho-therapie aan doven: eindelijk van de grond. In A.P.M. van Hagen en H. Knoors (Red.), *Onderwijs aan doven*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Spronk, T. (1993). *Onderzoek naar psychodiagnostische testen voor dove kinderen: een pilot-study*. Lezing gehouden tijdens het Symposium psychische hulpverlening aan doven in Nederland, de stand van zaken, 20 november 1992 te Amersfoort. Uitgave NVPHD.
- Sroufe, L.A. & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W.W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stanger, C. & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on Internalizing and Externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child psychology*, 22, 1, 107-115.
- Stein, L.K. & Jabaley, T. (1981). Early identification and parent counseling. In L.K. Stein, E.D. Mindel & T. Jabaley (Eds.), *Deafness and mental health*. p. 219-251. New York: Grune & Stratton.
- Steinhausen, H.C., Rentz, A. & Gobel, D. (1983). Kindliche Verhaltensauffälligkeiten im Eltern- und Lehrerurteil. *Acta Paedopsychiatr*, 49, 61-71.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books Inc.
- Stevenson, J., Bailey, V. & Simpson, J. (1988). Feasible intervention in families with parenting difficulties: a primary preventive perspective on child abuse. In Browne, K., Davies, C. & Stratton, P. (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse*. London: Wiley.
- Stewart, L.G. (1974). We have met the enemy and he is us. *American Annals of the Deaf*, 119: 706-715.
- Stewart, L.G. (1978). Hearing impaired/ developmentally disabled persons in the United States: Definitions, causes, effects, and prevalence estimates. *American Annals of the Deaf*, 123: 488-495.
- Stichting Nederlandse Dovenraad (1981). *Wie niet horen kan, moet maar zien. Een visie op het communiceren met doven*. Muiderberg: Coutinho.
- Stinson, M. (1978). Effects of early deafness on maternal expectations about child development. *Journal of Speech Education*, 12, 75-81.
- Stoel-Gammon, C. (1988). Prelinguistic vocalizations of hearing-impaired and normally hearing subjects: a comparison of consonantal inventories. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 53, 302-315.
- Stokoe, W. (1960). *Sign language structure*. Heruitgave 1978. Silver Spring: Linstok Press.
- Stott, D.H. (1963). *The social adjustment of children: Manual of the Bristol Social Adjustment Guides*. London: University of London Press
- Strong, C.J. & Shaver, J.P. (1991). Modifying attitudes toward persons with hearing impairments. *American Annals of the Deaf*, 136, 252-260.
- Sturmans, F. (1984). *Epidemiologie (2e druk)*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.
- Sussman, A.E. & Brever, B.A. (1981). Epilogue. In E.S. Levine. *The ecology of early deafness, guides to fashioning environments and psychological assessments*. New York: Colombia University Press.

- Swink, D.F. (1979). *Therapists and therapies with deaf people: the need for specialized training, attitude exploration, and novel approaches*. Paper presented at the South-East Regional Institute on Deafness. Birmingham, Alabama.
- Treffers, Ph.D.A. (1981). *De voorspelbare glimlach als ontwikkelingsfenomeen*. Academisch Proefschrift. Amsterdam.
- Treffers, Ph. D.A. (1993). *Psychische hulpverlening aan dove kinderen en jeugdigen*. Lezing gehouden tijdens het Symposium Psychische hulpverlening aan doven in Nederland, de stand van zaken, 20 november 1992 te Amersfoort. Uitgave NVPHD december 1993.
- Tweedie, D. & Shroyer, E.H. (1982). Introduction. In D.Tweedie & E.H.Shroyer (Eds.) *The Multihandicapped hearing impaired: Identification and instruction*. Washigton D.C.: Gallaudet College Press.
- Uden, A. van (1969). *Inventory betreffende het emotionele beleven van dove kinderen*. Sint-Michielsgestel: Instituut voor Doven.
- Uden, A. van (1973). *Emotionele stoornissen in dove kinderen*. Sint-Michielsgestel: Instituut voor Doven.
- Uden, A. van (1983). Opvoeding: aspecten van andres-zijn: prelinguale doofheid. In J. van Weelden, R. de Groot & H. Menkveld. *Onvoltooid of onbegonnen? Hulpvragende kinderen. Deel 2*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Vacola, G. (1987). Surdité et psychose. *Reeducation Orthophonique*, 25, 419-423.
- Veeger, L. (1977). Coördinaten van negen jaar. Sint Michielsgestel.
- Veenster, S. & Govers, J.P. (1988). *Psychische hulpverlening aan doven*. Nationaal Ziekenhuisinstituut. Utrecht. Publ. nr. 88.552.
- Veerman, J.W. (1988). Bedreigende en beschermende factoren in de gezinsomgeving: gegevens uit onderzoek. In P.P. Goudena, H.J. Groenendaal & F.A. Swets-Gronert (Red.). *Kind in geding: Bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen* (pp. 101-118). Amersfoort: Acco.
- Veerman, J.W. (1990). *De ontwikkeling van kinderen na een periode van klinische jeugdhulpverlening. Een evaluatief-epidemiologisch onderzoek*. Amersfoort/Leuven: Acco.
- Veerman, J.W. (1995). Levensgebeurtenissen, gezinsfunctioneren en coping van ouders in relatie tot gedragsproblemen bij kinderen opgenomen in psychiatrische behandeling. In J.R.M. Gerris (Red.). *Gezin: onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum.
- Veerman, J.W. (1996). Achtergronden en gebruik van vragenlijsten voor het vaststellen van probleemgedrag. In Th. Kievit, J. de Wit, J.H.A. Groenendaal & J.A. Tak (red.). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Veerman, J.W. & Brink, L.T. ten (1995). Levensgebeurtenissen, gezinsfunctioneren en coping van ouders in relatie tot gedragsproblemen bij kinderen opgenomen in psychiatrische behandeling. In J.R.M. Gerris (Red.). *Gezin: onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum.
- Veerman, J.W. & Doef, P.L.M. van der (1986). Classificatie en registratie in onderzoek en hulpverlening. In J.D. van der Ploeg (Red.). *Psychologie en residentiële jeugdhulpverlening*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Veerman, J.W. & Treffers, Ph.D.A. (1988). Evaluatie van jeugdhulpverlening: een introductie. *Kind en Adolescent*, 2, 153-159.
- Veerman, J.W., Brink, L.T. ten, Horst H. van der & Koedoot, P. (1997). *Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen. (2e herziening)*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut. Episcrypt nr. 14.
- Verhulst, F.C. (1984). Epidemiologisch onderzoek in Nederland; concepten en methoden. Een kritische analyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 355-368.
- Verhulst, F.C. (1985). *Mental health in Dutch children*. Academisch Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Verhulst, F.C., Althaus, M. (1988). Persistence and change in behavioral/ emotional problems reported by parents of children aged 4-14: an epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, Suppl. 339.
- Verhulst, F.C. & Ende, J. van der (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 901-909.
- Verhulst, F.C. & Koot, H.M. (1992). *Child Psychiatric Epidemiology. Concepts, Methods and Findings*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Verhulst, F.C. & Koot, H.M. (Eds.). (1995). *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.

- Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/ 4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/ Academisch Ziekenhuis Rotterdam/ Erasmusuniversiteit Rotterdam.
- Vernon, M. (1969). *Multiply handicapped deaf children: medical, educational and psychological considerations*. (CEC Research Monograph). Washington, D.C.: Council for Exceptional Children.
- Vernon, McK. (1982). Multihandicapped deaf children: types and causes. In D.Tweedie & E.H. Shroyer (Eds.). *The multihandicapped hearing impaired: Identification and instruction*. Washington, D.C.: Gallaudet College Press.
- Vernon, M. & Andrews, J.F. (1990). *The psychology of deafness*. New York: Longman.
- Vernon, McK, Grieve, B.J. & Shaver, K. (1980). Handicapping conditions associated with the congenital rubella syndrome. *American Annals of the Deaf*, 125: 993-997.
- Vernon, McK. & Koh, S.D. (1971). Effects of oral preschool compared to early manual communication on education and communication of deaf children. *American Annals of the Deaf*, 116: 569-574.
- Vostanis, P., Hayes, M., du Feu, M. & Warren, J. (submitted). Detection of behavioural and emotional problems in deaf children and adolescents: Comparison of two rating scales.
- Vries, R.A. de (1993). Communicatie en taalvererving. In *Niet allemaal samen naar school*. Symposiumbundel ter gelegenheid van het 105-jarig bestaan van Effatha, Christelijk Instituut voor Doven.
- Vygotsky, L.S. (1962). *Thought and Language*. Cambridge/ Massachusetts: MIT Press.
- Waisbren, S.E. (1980). Parents' reaction after birth of a developmentally disabled child. *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 345-351.
- Watson, S.M., Henggeler, S.W. & Whelan, J.P. (1990). Family Functioning and the Social Adaptation of Hearing-Impaired Youths. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 2, 143-163.
- Weersch, M. van (1995). *De ontmoeting: cliënten en zorgaanbieders over vraag en aanbod in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Verslag Symposium 29 September 1994, georganiseerd door P.P./ Consumenten Platform Utrecht en Stichting Pandora Amsterdam.
- Wels, P.M.A. & Robbroeckx, L.M.H. (1991a). Gezinsbelasting en hulpverlening aan gezinnen I: Een model voor gezinsbelasting ten gevolge van een problematische opvoedingssituatie. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 30, 5-19.
- Wels, P.M.A. & Robbroeckx, L.M.H. (1991b). Gezinsbelasting en hulpverlening aan gezinnen II: De constructie van de Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS). *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 30, 63-79.
- Wels, P.M.A. & Robbroeckx, L.M.H. (1996). *Nijmeegse vragenlijst voor de opvoedingssituatie (NVOS). Handleiding*. Instituut voor Orthopedagogiek. Katholieke Universiteit Nijmegen. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Westerlaak, J.M. van, Kropman, J.A. & Collaris, J.W.M. (1975). *Beroepenklapper*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie.
- Williams, C.E. (1970). Some psychiatric observations on a group of maladjusted deaf children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 11, 1-18.
- Wit, J. de & Veerman, J.W. (1996). De classificatie van psychische stoornissen. In Th. Kievit, J. de Wit, J.H.A. Groenendaal & J.A. Tak (red.). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Winefield, R. (1986). *Never the twain shall meet: the communication debate*. Washington D.C.: Gallaudet University.
- Wolff, A.B. & Harkings, J.E. (1986). Multihandicapped students. In A.N. Schildroth & M.A. Karchmer (Eds.): *Deaf children in America*. San Diego: College Hill Press.
- World Health Organisation (1980). *International Classification of Diseases. 9th. Revision of Clinical Modification ICD.9.CM*. Washington, US: Department of Health and Human Services.
- Wright, D. (1969). *Doorbroken isolement*. Amsterdam: De Driehoek.
- Zahner, G.E.P., Pawelkiewicz, W., DeFrancesco, J.J. & Adnopol, J. (1992). Children's mental health service needs and utilization patterns in an urban community: an epidemiological assessment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 951-960.
- Zalewska, M. (1992). Non-verbal psychotherapy of deaf children. Proceedings of the Second International Congress of the European Society for Mental Health and Deafness, p.275-276. Namur: La Bastide.

- Zigler, R.J. & Balla, D. (1981). Recent issues in the developmental approach to mental retardation. In M.P. Friedman, J.P. Das & N. O'Connor (Eds.). *Intelligence and learning*. New York/ London: Plenum NATO.
- Zwirecki, R.J., Stansberry, D.A., Porter, G.G. & Haynes, P. (1976). The incidence of neurological problems in a deaf school age population. *American Annals of the Deaf*, 121, 405-408.

Bijlagen

Bijlage A	Demografisch/diagnostische kenmerken, DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep	166
Bijlage B1	CBCL: Probleemscores, DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep	169
Bijlage B2	CBCL: Borderline range en klinische range, DSSHS-groep, DS-groep, SHS-groep	171
Bijlage B3	CBCL: Probleemitems, DSSHS-groep	173
Bijlage B4	CBCL: Probleemitems, DSSHS-groep en normgroep	176
Bijlage B5	CBCL: Probleemitems, gegroepeerd naar Internaliseren, Externaliseren en Andere Problemen, DSSHS-groep	188
Bijlage C1	NVOS: NVOS-A scores, DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep	191
Bijlage C2	NVOS: NVOS-A scores, DSSHS-groep en normgroep	192
Bijlage D1	GDS: GDS-scores, DS-groep en SHS-groep	194
Bijlage D2	GDS: Dimensies en Gezinstypen, DS-groep en SHS-groep	195
Bijlage E1	VMG: VMG-scores, DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep	196
Bijlage E2	VMG: VMG-items, tweejaars periode	198
Bijlage F1	Correlaties demografische/diagnostische kenmerken DSSHS-groep	200
Bijlage F2	Modelspecificatie: recursief stelsel van regressievergelijkingen	201
Bijlage G	Lijst van instituten en scholen	202

Bijlage A Demografisch/diagnostische kenmerken, DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep

Tabel I. Demografische/diagnostische kenmerken die in de analyses betrokken zijn.

	DS-groep (N=175)		SHS-groep (N=63)		DSSHS-groep (N=238)	
	N	%	N	%	N	%
kindkenmerken						
<u>Etnische afkomst</u>						
Nederlands	126	72.0%	57	90.5%	183	76.9%
Niet-Nederlands	49	28.0%	6	9.5%	55	23.1%
Etnische afkomst x schooltype	Chi²= 8.89		df=1	p=.003		
Etnische afkomst	Chi²=68.84		df=1	p=.000		
<u>Geslacht</u>						
Jongen	99	56.6%	39	61.9%	138	58.0%
Meisje	76	43.3%	24	38.1%	100	42.0%
Geslacht x school	Chi²=0.54		df=1	p=.462		
Geslacht	Chi²=6.07		df=1	p=.014		
<u>Leeftijdsgroep</u>						
4-11 jaar	94	53.7%	36	57.1%	130	54.6%
12-18 jaar	81	46.3%	27	42.9%	108	45.4%
Leeftijd x school	Chi²=0.22		df=1	p=.639		
Leeftijd	Chi²=2.03		df=1	p=.146		
<u>Intelligentieniveau</u>						
Laag-gemiddeld	81	46.3%	24	38.1%	105	44.1%
Gemiddeld	62	35.4%	25	39.7%	87	36.6%
Hoog-gemiddeld	27	15.4%	11	17.5%	38	16.0%
Onbekend	5	2.9%	3	4.8%	8	3.4%
Intelligentieniveau x school	Chi²= 1.05		df=2	p=.587		
Intelligentieniveau	Chi²=31.36		df=2	p=.000		
<u>Gehoорverlies</u>						
> 90 decibel	175	100%	63	100%	238	100%
gezinskenmerken						
<u>Aanwezigheid opvoeders</u>						
Beide ouders aanwezig	153	87.4%	59	93.7%	212	89.1%
Afwezigheid moeder	7	4.0%	1	1.6%	8	3.4%
Afwezigheid vader	14	8.0%	2	3.2%	16	6.7%
Afwezig moeder/vader	1	0.6%	0	0.0%	1	0.4%
Onbekend	0	0.0%	1	1.6%	1	0.4%

vervolg Bijlage A Demografisch/diagnostische kenmerken, DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep

vervolg Tabel I. Demografische/diagnostische kenmerken die in de analyses betrokken zijn.

	DS-groep (N=175)		SHS-groep (N=63)		DSSHS-groep (N=238)	
	N	%	N	%	N	%
<u>Communicatie ouder-kind</u>						
Slechter dan gemiddeld	50	28.6%	15	23.8%	65	27.3%
Gemiddeld	70	40.0%	32	50.8%	102	42.9%
Beter dan gemiddeld	52	29.7%	15	23.8%	67	28.2%
Onbekend	3	1.7%	1	1.6%	4	1.7%
Communicatie ouder-kind x school	Chi²= 2.22		df=2	p=.330		
Communicatie ouder-kind	Chi²=11.10		df=2	p=.004		
<u>Sociaal-economische status</u>						
Ongeschoolde arbeid	22	12.7%	2	3.2%	24	10.1%
Geschoolde arbeid	40	23.1%	10	16.1%	50	21.0%
Lagere employees	43	24.9%	15	24.2%	58	24.4%
Zelfstandigen	13	7.5%	9	14.5%	22	9.2%
Middelbare employees	21	12.1%	9	14.5%	30	12.6%
Hogere employees	34	19.7%	17	27.4%	51	21.4%
Onbekend	2	1.1%	1	1.6%	3	1.3%
SES x school	Chi²= 8.94		df=5	p=.111		
SES	Chi²=31.17		df=5	p=.000		

Toelichting achtergrondkenmerken

Bij etnische afkomst is onderscheid gemaakt tussen Nederlandse en niet-Nederlandse achtergrond. Onder de laatste categorie vielen kinderen met voornamelijk een Surinaamse of Nederlandse Antilliaanse afkomst.

De leeftijd van de DSSHS-kinderen varieerde van 4 tot 18 jaar. Afhankelijk van de samenstelling van de vergelykingsgroepen is de DSSHS-groep opgesplitst in leeftijdsklassen, in het bijzonder twee groepen van respectievelijk 4-11 jaar en 12-18 jaar. Bij de Pearson correlaties is deze procedure niet gevolgd.

Gehoorverlies is bepaald aan de hand van het gemiddelde gehoorverlies in decibel bij de spraakfrequenties 500-1000-2000-4000 Hertz. Deze frequenties zijn de meest belangrijke voor het spraakverstaan. Alle kinderen hadden een gehoorverlies van 90 decibel of meer, volgens opgave van een audioloog.

Voor het intelligentieniveau zijn drie niveaus onderscheiden: laag, midden en hoog. Dit is bepaald op basis van de meest recente informatie over het intelligentieniveau en over de leerprestaties, verstrekt door een (school)psycholoog.

SES (sociaal-economische status) is met behulp van de zes-puntsschaal van Van Westerlaak, Krop en Collaris (1975) bepaald.

Communicatie ouder-kind is bepaald door de scores (op een 5-puntsschaal) te middelen voor de twee vragen: (1) begrijpt u het kind wanneer hij/zij met u communiceert (spreekt/gebaart)? en (2) begrijpt het kind u wanneer u met hem/haar communiceert (spreekt/gebaart)? Het betreft informatie van ouders.

Bij schooltype is onderscheid gemaakt tussen DS-kinderen, kinderen die een dovenschool bezochten, en de SHS-kinderen, kinderen die een slechthorendenschool bezochten.

vervolg Bijlage A Demografisch/diagnostische kenmerken, DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep

Tabel II. Overige kind- en gezinskenmerken.

	DS-groep (N=175)		SHS-groep (N=63)		DSSHS-groep (N=238)	
	N	%	N	%	N	%
kindkenmerken						
<u>Oorzaak doofheid</u>						
Erfelijk	15	8.6%	10	15.9%	25	10.5%
Rubella	15	8.6%	3	4.8%	18	7.6%
Meningitis	22	12.6%	5	7.9%	27	11.3%
Prematuriteit	2	1.1%	1	1.6%	3	1.3%
Anders	9	5.1%	5	7.9%	14	5.9%
Onbekend	112	64.0%	39	61.9%	151	63.4%
Oorzaak van doofheid x school	Chi²=4,84		df=5 p=0.436			
<u>Gehoörproblemen ouders</u>						
Geen1	63	93.1%	56	88.9%	220	92.4%
Doofheid een/beiden	8	4.6%	6	9.5%	14	5.9%
Onbekend	4	2.3%	1	1.6%	4	1.7%
Gehoörproblemen ouders x school	Chi²=5,62		df=5 p=0.230			

Over de oorzaken van doofheid verschilden ouders en de geraadpleegde artsen meer dan eens. De vermelde oorzaak is alleen als zodanig geregistreerd, indien de arts daarvan zeker was. Oorzaken die vermoed waren, zijn tot de rubriek 'onbekend' gerekend, wat voor een deel dit hoge percentage verklaart. Er bleek een verscheidenheid aan doofheidsoorzaken. Verder waren voor de meeste oorzaken de subgroepen DSSHS-kinderen in omvang gering, waardoor analyses niet verantwoord zijn. Om toch een indruk te krijgen van de relatie tussen doofheidsoorzaken en emotionele problemen en gedragsproblemen zijn one-way ANOVAs uitgevoerd, met de oorzaken van doofheid als onafhankelijke variabele. Er bleken tussen geen twee van de zes onderscheiden DSSHS-groepen significante verschillen wat betreft de gemiddelde scores voor Totale Problemen, Internaliseren en Externaliseren.

De groep DSSHS-kinderen waarvan de ouders een geringe (N=5), en enige (N=4) en een ernstige (N=5) mate van gehoorverlies hebben, was in omvang zeer gering. Voor de gehele groep kinderen waarvan ouders een gehoorverlies hadden (N=14), weken de scores, op basis van t-tests, voor Totale problemen, Internaliseren en Externaliseren niet significant af.

De overige kenmerken zijn niet in de analyses opgenomen.

Bijlage B1 CBCL: Probleemscores, DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep

Tabel I. CBCL: gemiddelde probleemscores, DSSHS-jongens 4-11 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-groep N=81		DS-groep N=56		SHS-groep N=25	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	gem.	s.d.
Totale problemen	31.04	17.89	31.20	17.52	30.68	18.84
Internaliseren	6.47	5.61	6.55	5.78	6.28	5.31
Externaliseren	12.57	7.52	12.64	7.23	12.40	8.28
Teruggetrokken	2.46	2.38	2.50	2.54	2.36	2.04
Lichamelijke Klachten	0.94	1.48	0.88	1.16	1.08	2.04
Angstig/Depressief	3.21	3.45	3.29	3.58	3.04	3.22
Sociale Problemen	2.52	2.47	2.54	2.34	2.48	2.80
Denkproblemen	0.89	1.14	0.80	1.07	1.08	1.29
Aandachtsproblemen	4.30	2.76	4.41	2.97	4.04	2.25
Delinquent Gedrag	1.84	1.65	1.89	1.69	1.72	1.57
Agressief Gedrag	10.73	6.34	10.75	6.11	10.68	6.96
Sexproblemen	0.20	0.62	0.20	0.50	0.20	0.50

Geen significante verschillen tussen DS-jongens 4-11 jaar en SHS-jongens 4-11 jaar voor de gemiddelde scores op de probleemschalen.

Tabel II. CBCL: gemiddelde probleemscores, DSSHS-jongens 12-18 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-groep N=57		DS-groep N=43		SHS-groep N=14	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	gem.	s.d.
Totale problemen	31.25	22.94	32.56	24.13	27.21	19.04
Internaliseren	8.14	6.51	8.74	6.77	6.29	5.47
Externaliseren	11.53	9.91	12.14	10.44	9.64	8.10
Teruggetrokken	2.95	2.70	3.09	2.79	2.50	2.44
Lichamelijke Klachten	0.86	1.13	0.95	1.13	0.57	1.09
Angstig/Depressief	4.54	4.18	4.95	4.44	3.29	3.02
Sociale Problemen	3.16	3.14	2.95	3.10	3.79	3.31
Denkproblemen	1.32	1.81	1.37	1.87	1.14	1.70
Aandachtsproblemen	5.49	3.97	5.35	4.05	5.93	3.81
Delinquent Gedrag	2.16	2.83	2.40	3.09	1.43	1.70
Agressief Gedrag	9.37	7.53	9.74	7.84	8.21	6.62
Sexproblemen	-	-	-	-	-	-

Geen significante verschillen tussen DS-jongens 12-18 jaar en SHS-jongens 12-18 jaar voor de gemiddelde scores op de probleemschalen.

Tabel III. CBCL: gemiddelde problemscores, DSSHS-meisjes 4-11 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-groep N=49		DS-groep N=38		SHS-groep N=11	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	gem.	s.d.
Totale problemen	29.67	16.49	29.13	16.91	31.55	15.57
Internaliseren	7.69	5.77	7.95	6.12	6.82	4.49
Externaliseren	10.65	6.69	9.87	6.55	13.36	6.74
Teruggetrokken	2.86	2.49	2.87	2.67	2.82	1.83
Lichamelijke Klachten	1.57	1.68	1.71	1.77	1.09	1.30
Angstig/Depressief	3.51	3.48	3.66	3.66	3.00	2.90
Sociale Problemen	2.43	2.16	2.53	2.28	2.09	1.76
Denkproblemen	0.90	1.45	0.84	1.39	1.09	1.70
Aandachtsproblemen	3.94	2.77	3.92	2.75	4.00	3.00
Delinquent Gedrag	1.12	1.20	1.08	1.02	1.27	1.74
Agressief Gedrag	9.53	6.07	8.79	6.15	12.09	5.22
Sexproblemen	0.24	0.56	0.24	0.54	0.27	0.65

Geen significante verschillen tussen DS-meisjes 4-11 jaar en SHS-meisjes 4-11 jaar voor de gemiddelde scores op de problemschalen.

Tabel IV. CBCL: gemiddelde problemscores, DSSHS-meisjes 12-18 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-groep N=51		DS-groep N=38		SHS-groep N=13	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	gem.	s.d.
Totale Problemen	29.86	19.90	29.24	20.87	31.69	17.38
Internaliseren	10.47	7.27	10.29	7.43	11.00	7.07
Externaliseren	9.22	7.37	9.03	7.93	9.77	5.64
Teruggetrokken	3.20	2.64	3.18	2.76	3.23	2.35
Lichamelijke Klachten	1.86	1.93	1.95	2.03	1.62	1.66
Angstig/Depressief	5.75	4.44	4.45	4.47	6.62	4.39
Sociale Problemen	3.16	2.97	3.08	3.12	3.38	2.57
Denkproblemen	0.73	0.96	0.66	0.85	0.92	1.26
Aandachtsproblemen	4.16	3.15	3.79	3.02	5.23	3.42
Delinquent Gedrag	1.86	2.18	1.89	2.26	1.77	2.01
Agressief Gedrag	7.35	5.77	7.13	6.27	8.00	4.12
Sexproblemen	-	-	-	-	-	-

Geen significante verschillen tussen DS-meisjes 12-18 jaar en SHS-meisjes 12-18 jaar voor de gemiddelde scores op de problemschalen.

Bijlage B2 CBCL: Borderline range (BR) en klinische range (KR), DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep

Tabel I. CBCL: percentages kinderen in de borderline range en klinische range, DSSHS-jongens 4-11 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-kinderen N=81		DS-kinderen N=56		SHS-kinderen N=25	
	BR/KR%	N	BR/KR%	N	BR/KR%	N
Totale Problemen	38.3	31	42.9	24	28.0	7
Internaliseren	32.1	26	33.9	19	28.0	7
Externaliseren	35.8	29	33.9	19	40.0	10
Teruggetrokken	12.3	10	14.3	8	8.0	2
Lichamelijke Klachten	3.7	3	1.8	1	8.0	2
Angstig/Depressief	11.1	9	10.7	6	12.0	3
Sociale Problemen	13.6	11	12.5	7	16.0	4
Denkproblemen	8.6	7	7.1	4	12.0	3
Aandachtsproblemen	4.9	4	5.4	3	4.0	1
Delinquent Gedrag	9.9	8	8.9	5	12.0	3
Agressief Gedrag	16.0	13	14.3	8	20.0	5
Sexproblemen	4.9	4	5.4	3	4.0	1

Geen significante verschillen (χ^2 -toetsen en, bij lage celwaarden, Fisher-tests) tussen percentages borderline/klinische range DS-jongens 4-11 jaar en SHS-jongens 4-11 jaar.

Tabel II. CBCL: percentages kinderen in de borderline range en klinische range, DSSHS-jongens 12-18 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-kinderen N=57		DS-kinderen N=43		SHS-kinderen N=14	
	BR/KR%	N	BR/KR%	N	BR/KR%	N
Totale Problemen	45.6	26	46.5	20	42.9	6
Internaliseren	38.6	22	41.9	18	28.6	4
Externaliseren	38.6	22	41.9	18	28.6	4
Teruggetrokken	8.8	5	9.3	4	7.1	1
Lichamelijke Klachten	3.5	2	4.7	2	0.0	0
Angstig/Depressief	15.8	9	18.6	8	7.1	1
Sociale Problemen	31.6	18	27.9	12	42.9	6
Denkproblemen	24.6	14	23.3	10	21.4	3
Aandachtsproblemen	28.1	16	30.2	13	21.4	3
Delinquent Gedrag	15.8	9	18.6	8	7.1	1
Agressief Gedrag	22.8	13	25.6	11	14.3	2
Sexproblemen	-	-	-	-	-	-

Geen significante verschillen (χ^2 -toetsen en, bij lage celwaarden, Fisher-tests) tussen percentages borderline/klinische range DS-jongens 12-18 jaar en SHS-jongens 12-18 jaar.

**vervolg Bijlage B2 CBCL: Borderline range (BR) en klinische range (KR),
DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep**

Tabel III. CBCL: percentages kinderen in de borderline range en klinische range, DSSHS-meisjes 4-11 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-kinderen N=49		DS-kinderen N=38		SHS-kinderen N=11	
	BR/KR%	N	BR/KR%	N	BR/KR%	N
Totale Problemen	34.7	17	36.8	14	27.3	3
Internaliseren	38.8	19	42.1	16	27.3	3
Externaliseren	42.9	21	39.5	15	54.5	6
Teruggetrokken	8.2	4	7.9	3	9.1	1
Lichamelijke Klachten	14.3	7	15.8	6	9.1	1
Angstig/Depressief	8.2	4	7.9	3	9.1	1
Sociale Problemen	14.3	7	15.8	6	9.1	1
Denkproblemen	12.2	6	10.5	4	18.2	2
Aandachtsproblemen	10.2	5	10.5	4	9.1	1
Delinquent Gedrag	6.1	3	2.6	1	18.2	2
Agressief Gedrag	24.5	12	23.7	9	27.3	3
Sexproblemen	6.1	3	5.3	2	9.1	1

Geen significante verschillen (χ^2 -toetsen en, bij lage celwaarden, Fisher-tests) tussen percentages borderline/klinische range DS-meisjes 4-11 jaar en SHS-meisjes 4-11 jaar.

Tabel IV. CBCL: percentages kinderen in de borderline range en klinische range, DSSHS meisjes 12-18 jaar.

Probleemschalen	DSSHS-kinderen N=51		DS-kinderen N=38		SHS-kinderen N=13	
	BR/KR%	N	BR/KR%	N	BR/KR%	N
Totale Problemen	47.1	24	42.1	16	61.5	8
Internaliseren	45.1	23	42.1	16	53.8	7
Externaliseren	37.3	19	36.8	14	38.5	5
Teruggetrokken	15.7	8	15.8	6	15.4	2
Lichamelijke Klachten	3.9	2	5.3	2	0.0	0
Angstig/Depressief	17.6	9	18.4	7	15.4	2
Sociale Problemen	29.4	15	23.7	9	46.2	6
Denkproblemen	7.8	4	2.6	1	23.1	3
Aandachtsproblemen	11.8	6	10.5	4	15.4	2
Delinquent Gedrag	13.7	7	13.2	5	15.4	2
Agressief Gedrag	13.7	7	15.8	6	7.7	1
Sexproblemen	-	-	-	-	-	-

Geen significante verschillen (χ^2 -toetsen en, bij lage celwaarden, Fisher-tests) tussen percentages borderline/klinische range DS-meisjes 12-18 jaar en SHS-meisjes 12-18 jaar.

Bijlage B3 CBCL: Probleem items, DSSHS-groep

Tabel I. CBCL: percentage verklaarde variantie voor geslacht en leeftijd voor significante ($p \leq .01$) verschillen in ANOVAs voor probleemitems

Probleemitems	Geslacht# %	Leeftijd# %
1. Gedraagt zich te jong		4 O
2. Allergie		
3. Spreekt veel tegen		3 J
4. Astma		
5. Gedraagt als andere geslacht		
6. Ontlasting buiten w.c.		
7. Opscheppen	8 j	
8. Niet concentreren		
9. Obsessies		
10. Over-actief		
11. Te afhankelijk		
12. Eenzaam voelen	9 m	3 O
13. In de war		
14. Huilt veel		
15. Wreed voor dieren		
16. Wreed voor anderen		
17. Dagdromen		
18. Verwondt zichzelf opzettelijk		
19. Eist veel aandacht		
20. Vernielt eigen spullen		
21. Vernielt spullen van anderen		
22. Thuis ongehoorzaam		5 J
23. Ongehoorzaam op school		
24. Eet niet goed		
25. Kan niet goed opschieten met andere jongens/meisjes		
26. Niet schuldig voelen		
27. Snel jaloers		
28. Eet niet eetbare dingen		
29. Bang voor dieren, situaties		5 J
30. Bang naar school te gaan		
31. Bang iets ondeugends te doen		
32. Perfect zijn		
33. Klaagt dat niemand van hem/haar houdt		7 O
34. Gevoel dat anderen het op hem/haar gemunt hebben		
35. Voelt zich waardeloos		4 O
36. Krijgt ongelukken		3 J
37. Vecht veel	4 j	
38. Veel geplaagd		
39. Gaat om met kinderen in moeilijkheden		
40. Hooft geluiden		
41. Impulsief		
42. Liever alleen		
43. Liegen		
44. Nagelbijten		
45. Zenuwachtig		
46. Zenuwachtige bewegingen		
47. Nachtmerries		

Bijlage B3 CBCL: Probleem items, DSSHS-groep

vervolg **Tabel I. CBCL: percentage verklaarde variantie voor geslacht en leeftijd voor significante ($p \leq .01$) verschillen in ANOVAs voor probleemitems**

Probleemitems	Geslacht# %	Leeftijd# %
48. Andere kinderen mogen hem niet		
49. Obstipatie		
50. Te angstig		
51. Duizeligheid		4 O
52. Schuldgevoel		
53. Eet te veel		
54. Oververmoeid	4 m	
55. Te dik		
56a. Pijnen		
56b. Hoofdpijn		
56c. Misselijkheid		
56d. Oogproblemen		
56e. Huiduitslag		
56f. Maagpijn		
56g. Overgeven		
56h. Andere lichamelijke problemen		
57. Valt anderen aan	3 j	
58. Peuteren		
59. Speelt met eigen geslachtsdelen in openbaar		
60. Speelt teveel met eigen geslachtsdelen		
61. Slechte schoolresultaten		
62. Onhandig		3 O
63. Liever met oudere kinderen		
64. Liever met jongere kinderen		
65. Weigert te praten		
66. Herhaalt handelingen		
67. Loopt weg van huis		
68. Schreeuwt veel		4 J
69. Gesloten		
70. Ziet dingen die er niet zijn		
71. Schaamt zich		
72. Brandstichten		
73. Sexuele problemen		
74. Raar of gek doen	6 j	
75. Verlegen		
76. Slaapt minder		
77. Slaapt meer		
78. Smeert met ontlasting		
79. Spraakproblemen		
80. Lege blik		
81. Steelt van huis		
82. Steelt buitenshuis		
83. Opsparen van dingen		
84. Vreemd of raar gedrag		
85. Vreemde gedachten		
86. Koppig		
87. Verandert van stemming		
88. Mokken		

Bijlage B3 CBCL: Probleem items, DSSHS-groep

vervolg Tabel I. CBCL: percentage verklaarde variantie voor geslacht en leeftijd voor significante ($p \leq .01$) verschillen in ANOVAs voor probleemitems

Probleemitems	Geslacht# %	Leeftijd# %
89. Achterdochtig		
90. Vloeken		
91. Praat over zichzelf doden		
92. Slaapwandelen		
93. Praat te veel		
94. Plaagt veel		
95. Driftbuien		
96. Denkt teveel aan sex		3 O
97. Bedreigt andere mensen		
98. Duimzuigen		3 J
99. Teveel bezig met netjes zijn		
100. Slaapproblemen		
101. Spijbelen		5 O
102. Te weinig actief		
103. Ongelukkig		
104. Luidruchtig		5 J
105. Alcohol of drugs		4 O
106. Vandalisme	3 j	
107. Broekplassen		
108. Bedplassen		7 J
109. Dreinerig		5 J
110. Wil van andere geslacht zijn		
111. Teruggetrokken		
112. Maakt zich zorgen		6 O
113. Ieder ander probleem		
<p>De probleemitems zijn weergegeven met de CBCL itemnummers. De cijfers in de tabel geven het percentage verklaarde variantie aan voor elke onafhankelijke variabele, bij een significant ($p \leq .01$) effect. # j = DSSHS-jongens hebben meer problemen. m = DSSHS-meisjes hebben meer problemen. J = DSSHS-kinderen 4-11 jaar hebben meer problemen. O = DSSHS-kinderen 12-18 jaar hebben meer problemen. Er waren geen interactie-effecten van geslacht en leeftijd.</p>		

Bijlage B4 CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep

Tabel I. CBCL: DSSHS-JONGENS 4-11 jaar.

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25		P	DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623		P
	gem.	s.d.	gem.	s.d.		gem.	s.d.	gem.	s.d.	
1. Gedraagt zich te jong	.61	.76	.64	.70		.62	.73	.28	.55	**
2. Allergie	.43	1.32	.24	.66		.37	1.16	.35	.69	
3. Spreekt veel tegen	.98	.62	1.00	.58		.99	.60	.71	.67	**
4. Astma	.70	2.07	.00	.00		.48	1.75	.12	.42	**
5. Gedraagt zich als andere geslacht	.07	.32	.08	.40		.07	.35	.03	.21	
6. Ontlasting buiten wc	.02	.13	.08	.28		.04	.19	.05	.25	
7. Opscheppen	1.14	1.29	.72	.61		1.01	1.13	.82	.68	
8. Niet concentreren	.68	.66	.80	.65		.72	.66	.62	.73	
9. Obsessies	.46	.57	.56	.82		.49	.65	.27	.57	*
10. Over-actief	.70	.74	.76	.66		.72	.71	.70	.79	
11. Te afhankelijk	.41	.60	.68	1.86		.49	1.14	.27	.53	*
12. Eenzaam voelen	.16	.37	.12	.33		.15	.36	.12	.38	
13. In de war	.07	.26	.04	.20		.06	.24	.05	.26	
14. Huilt veel	.09	.29	.16	.37		.11	.32	.15	.41	
15. Wreed voor dieren	.07	.32	.04	.20		.06	.29	.02	.16	
16. Wreed voor anderen	.29	.49	.32	.63		.30	.53	.13	.37	**
17. Dagdromen	.48	.60	.36	.49		.44	.57	.45	.64	
18. Verwondt zichzelf	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.01	.07	
19. Eist veel aandacht	.91	.79	.92	.70		.91	.76	.64	.71	*
20. Vernielt eigen spullen	.30	1.25	.28	.54		.30	1.08	.14	.39	*
21. Vernielt spullen van anderen	.16	.42	.20	.50		.17	.44	.09	.30	
22. Thuis ongehoorzaam	.79	.56	.48	.51		.69	.56	.51	.54	*
23. Ongehoorzaam op school	.52	.57	.44	.51		.49	.55	.20	.43	**
24. Eet niet goed	.43	.66	.48	.65		.44	.65	.30	.57	
25. Kan niet opschieten met andere jo/mei	.27	.49	.28	.68		.27	.55	.13	.37	*
26. Niet schuldig voelen	.46	.63	.56	.65		.49	.63	.27	.52	**
27. Snel jaloers	.70	.71	.52	.65		.64	.69	.43	.63	*
28. Eet dingen die niet eetbaar zijn	.05	.30	.00	.00		.04	.25	.01	.13	
29. Bang voor dieren e.a.	.50	.74	.76	1.83		.58	1.18	.39	.67	
30. Bang naar school gaan	.13	.43	.04	.20		.10	.37	.03	.19	*
31. Bang dat hij/zij ondeugends zou doen	.23	.50	.08	.28		.19	.45	.13	.38	
32. Vindt dat hij/zij perfect moet zijn	.68	.74	.40	.65		.59	.72	.42	.66	
33. Klaagt dat niemand van hem/haar houdt	.13	.33	.12	.33		.12	.33	.12	.37	
34. Gevoel dat anderen het op hem/haar gemunt hebben	.27	.52	.32	.56		.28	.53	.25	.50	
35. Voelt zich waardeloos	.11	.37	.08	.28		.10	.34	.10	.34	
36. Krijgt ongelukken	.36	.64	.28	.46		.33	.59	.24	.52	
37. Vecht veel	.38	.56	.48	.59		.41	.57	.24	.49	*
38. Veel geplaagd	.38	.56	.36	.57		.37	.56	.25	.52	

vervolg Bijlage B4 CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep

vervolg Tabel I. CBCL: DSSHS-JONGENS 4-11 jaar.

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25			DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623		
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P
39. Gaat om met jo/mei in moeilijkheden	.13	.38	.00	.00		.09	.32	.08	.31	
40. Hooft geluiden	.05	.23	.00	.00		.04	.19	.02	.16	
41. Impulsief	.64	.64	.56	.58		.62	.62	.55	.66	
42. Liever alleen	.50	1.26	.40	.50		.47	1.08	.23	.48	**
43. Liegen	.39	.49	.32	.48		.37	.49	.22	.42	*
44. Nagelbijten	.89	1.74	.40	.76		.74	1.52	.30	.65	**
45. Zenuwachtig	.55	.66	.40	.50		.51	.61	.35	.54	
46. Zenuwachtige beweging	.30	.57	.12	.33		.25	.51	.14	.44	
47. Nachtmeries	.14	.35	.28	.46		.19	.39	.18	.44	
48. Andere jo/mei mogen hem/haar niet	.20	.40	.20	.41		.20	.40	.11	.35	
49. Obstipatie	.05	.23	.12	.33		.07	.26	.06	.30	
50. Te angstig	.20	.40	.28	.46		.22	.42	.13	.37	
51. Duizeligheid	.00	.00	.04	.20		.01	.11	.03	.20	
52. Schuldgevoel	.07	.26	.04	.20		.06	.24	.07	.28	
53. Bet te veel	.21	.53	.00	.00	*	.15	.45	.11	.38	
54. Oververmoeid	.27	.49	.16	.37		.23	.45	.16	.40	
55. Te dik	.07	.32	.36	1.80		.16	1.03	.05	.27	
56A. Pijnen	.34	1.69	.48	1.83		.38	1.72	.07	.30	**
56B. Hoofdpijn	.34	1.27	.52	1.81		.40	1.45	.14	.38	**
56C. Misselijkheid	.20	1.21	.44	1.83		.27	1.42	.05	.23	**
56D. Oogproblemen	.45	1.73	.48	1.83		.46	1.75	.01	.11	**
56E. Huiduitslag	.48	1.71	.08	.40		.36	1.44	.13	.40	*
56F. Maagpijn	.21	1.22	.20	.50		.21	1.05	.15	.41	
56G. Overgeven	.38	1.69	.12	.44		.30	1.43	.04	.21	**
56H. Andere lichamelijke problemen	.13	.43	.04	.20		.10	.37	.02	.17	**
57. Valt anderen aan	.18	.43	.20	.41		.19	.42	.09	.31	*
58. Peuten	.39	1.26	.40	.71		.40	1.11	.32	.57	
59. Speelt in openbaar met eigen geslachtsdelen	.02	.13	.04	.20		.02	.16	.07	.27	
60. Speel te veel met eigen geslachtsdelen	.14	.59	.04	.20		.11	.50	.06	.24	
61. Slechte schoolresultaten	.11	.31	.12	.33		.11	.32	.11	.35	
62. Onhandig	.16	.37	.12	.33		.15	.36	.18	.48	
63. Liever met oudere jo/mei	.88	1.71	.04	1.84		.93	1.74	.29	.57	**
64. Liever met jongere jo/mei	.52	.71	.56	.71		.53	.71	.21	.47	**
65. Weigert te praten	.23	.57	.16	.37		.21	.52	.11	.35	
66. Herhaalt handelingen	.05	.23	.08	.28		.06	.24	.03	.20	
67. Loopt weg van huis	.02	.13	.00	.00		.01	.11	.01	.11	
68. Schreeuwt veel	.55	.69	.72	.74		.60	.70	.26	.52	**
69. Gesloten	.36	.59	.28	.54		.33	.57	.28	.55	
70. Ziet dingen	.05	.23	.12	.44		.07	.31	.02	.17	
71. Schaamt zich	.34	.55	.36	.49		.35	.53	.28	.52	

vervolg Bijlage B4 CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep

vervolg Tabel I. CBCL: DSSHS-JONGENS 4-11 jaar.

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25		P	DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623		P
	gem.	s.d.	gem.	s.d.		gem.	s.d.	gem.	s.d.	
72. Brandstichten	.04	.19	.04	.20		.04	.19	.03	.19	
73. Sexuele problemen	.02	.13	.00	.00		.01	.11	.00	.04	
74. Raar of gek doen	.54	.60	.72	.54		.59	.59	.38	.57	*
75. Verlegen	.38	.56	.52	.59		.42	.57	.42	.58	
76. Slaapt minder	.29	.56	.16	.37		.25	.51	.25	.57	
77. Slaapt meer	.13	.38	.28	.61		.17	.47	.15	.46	
78. Smeert met ontlasting	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.00	.00	
79. Spraakproblemen#	nvt	nvt	nvt	nvt		nvt	nvt	.20	.53	
80. Lege blik	.20	.44	.12	.33		.17	.41	.05	.23	**
81. Steelt van huis	.05	.30	.00	.00		.04	.25	.02	.15	
82. Steelt buitenshuis	.04	.27	.00	.00		.02	.22	.02	.13	
83. Opsparen van dingen	.38	.68	.32	.56		.36	.64	.40	.68	
84. Vreemd gedrag	.18	1.21	.12	.44		.16	1.03	.04	.22	
85. Vreemde gedachten	.02	.13	.08	.28		.04	.19	.03	.18	
86. Koppig	.79	.65	.56	.65		.72	.66	.56	.60	
87. Verandert van stemming	.36	.55	.24	.44		.32	.52	.26	.51	
88. Mokken	.63	.59	.40	.58		.56	.59	.43	.55	
89. Achterdochtig	.29	.53	.64	1.82		.40	1.10	.06	.25	**
90. Vloeken	.16	.42	.08	.28		.14	.38	.37	.55	**
91. Praat over zichzelf doden	.02	.13	.00	.00		.01	.11	.02	.14	
92. Slaapwandelen	.14	.40	.40	.58		.22	.47	.28	.54	
93. Praat te veel	.52	1.31	.76	.83		.59	1.18	.49	.69	
94. Plaagt veel	.77	1.29	.60	.71		.72	1.14	.35	.57	**
95. Driftbui	.79	1.33	.52	.59		.70	1.16	.43	.60	**
96. Denkt te veel aan sex	.04	.19	.04	.20		.04	.19	.03	.17	
97. Bedreigt andere mensen	.04	.19	.00	.00		.02	.16	.01	.11	
98. Duimzuigen	.50	1.32	.60	.82		.53	1.18	.40	.75	
99. Teveel bezig met netjes zijn	.41	.63	.32	.56		.38	.60	.12	.38	**
100. Slaapproblemen	.25	.58	.16	.37		.22	.52	.16	.47	
101. Spijbelen	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.01	.14	
102. Te weig actief	.13	.33	.04	.20		.10	.30	.04	.23	
103. Ongelukkig	.11	.31	.20	.50		.14	.38	.08	.28	
104. Luidruchtig	.79	.80	1.00	.58		.85	.74	.50	.67	**
105. Alcohol of drugs	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.00	.04	
106. Vandalisme	.05	.23	.00	.00		.04	.19	.01	.09	
107. Broekplassen	.05	.30	.00	.00		.04	.25	.03	.16	
108. Bedplassen	.32	.61	.40	.76		.35	.65	.17	.47	*
109. Dreinerig	.18	.39	.36	.49		.23	.43	.15	.37	
110. Wil van andere geslacht zijn	.04	.19	.00	.00		.02	.16	.01	.11	
111. Teruggetrokken	.16	.37	.24	.44		.19	.39	.06	.25	**
112. Maakt zich zorgen	.14	.35	.20	.41		.16	.37	.20	.44	
113. Ieder ander probleem	.11	.41	.08	.40		.10	.41	.04	.25	

* $p \leq .01$ ** $p \leq .001$

item 79. Spraakproblemen is uitgesloten; er is geen correctie uitgevoerd, gezien zeer geringe gemiddelde scores in de Alg. Bevolkingsgroep.

vervolg Bijlage B4 CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep

Tabel II. CBCL: DSSHS-MEISJES 4-11 jaar.

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25			DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623		
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P
1. Gedraagt zich te jong	.39	.55	.27	.47		.37	.53	.17	.46	*
2. Allergie	.37	.67	.18	.60		.33	.66	.31	.65	
3. Spreekt veel tegen	.89	.69	1.45	.52		1.02	.69	.57	.64	**
4. Astma	.13	.41	.18	.60		.14	.46	.08	.34	
5. Gedraagt zich als andere geslacht	.21	.47	.09	.30		.18	.44	.06	.26	*
6. Ontlasting buiten wc	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.02	.18	
7. Opscheppen	.37	.54	.55	.69		.41	.57	.35	.52	
8. Niet concentreren	.63	.75	.73	.79		.65	.75	.41	.64	
9. Obsessies	.37	.59	.55	.82		.41	.64	.27	.56	
10. Over-actief	.66	.71	1.00	.89		.73	.76	.42	.64	*
11. Te afhankelijk	.58	.60	1.00	.63		.67	.63	.31	.56	**
12. Eenzaam voelen	.37	.54	.64	.81		.43	.61	.12	.36	**
13. In de war	.08	.27	.00	.00		.06	.24	.05	.25	
14. Huilt veel	.16	.37	.18	.40		.16	.37	.18	.45	
15. Wreed voor dieren	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.01	.14	
16. Wreed voor anderen	.18	.39	.18	.40		.18	.39	.07	.27	*
17. Dagdromen	.50	.56	.45	.69		.49	.58	.45	.63	
18. Vervondt zichzelf	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.01	.07	
19. Eist veel aandacht	.87	.62	1.36	.67		.98	.66	.59	.69	**
20. Vernielt eigen spullen	.13	.34	.18	.40		.14	.35	.07	.30	
21. Vernielt spullen van anderen	.16	.37	.09	.30		.14	.35	.04	.21	*
22. Thuis ongehoorzaam	.61	.55	1.09	.30	**	.71	.54	.39	.50	**
23. Ongehoorzaam op school	.34	.48	.55	.52		.39	.49	.11	.32	**
24. Eet niet goed	.32	.57	.27	.47		.31	.55	.37	.62	
25. Kan niet opschieten met andere jo/mei	.24	.49	.18	.40		.22	.47	.08	.31	*
26. Niet schuldig voelen	.34	.48	.55	.69		.39	.53	.21	.47	
27. Snel jaloers	.63	.63	.73	.65		.65	.63	.49	.66	
28. Eet dingen die niet eetbaar zijn	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.03	.21	
29. Bang voor dieren e.a.	.63	.79	.55	.52		.61	.73	.45	.68	
30. Bang naar school gaan	.08	.27	.09	.30		.08	.28	.04	.22	
31. Bang dat hij/zij ondeugends zou doen	.11	.31	.09	.30		.10	.31	.15	.42	
32. Vindt dat hij/zij perfect moet zijn	.66	1.51	.36	.50		.59	1.35	.52	.71	
33. Klaagt dat niemand van hem/haar houdt	.08	.36	.00	.00		.06	.32	.13	.35	
34. Gevoel dat anderen het op hem/haar gemunt hebben	.32	.53	.18	.40		.29	.50	.25	.50	
35. Voelt zich waardeloos	.13	.34	.00	.00		.10	.31	.09	.33	
36. Krijgt ongelukken	.18	.46	.27	.65		.20	.50	.17	.44	
37. Vecht veel	.18	.39	.18	.40		.18	.39	.06	.27	*
38. Veel geplaagd	.29	.52	.27	.47		.29	.50	.19	.48	

vervolg Bijlage B4 CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep

vervolg Tabel II. CBCL: DSSHS-MEISJES 4-11 jaar.

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25		P	DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.		gem.	s.d.	gem.	s.d. P
39. Gaat om met jo/mei in moeilijkheden	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.10	.36
40. Hoort geluiden	.08	.27	.09	.30		.08	.28	.04	.22
41. Impulsief	.61	.59	.45	.52		.57	.58	.41	.58
42. Liever alleen	.42	.60	.45	.52		.43	.58	.21	.47 *
43. Liegen	.18	.39	.09	.30		.16	.37	.16	.39
44. Nagelbijten	.45	.65	.18	.40		.39	.61	.27	.61
45. Zenuwachtig	.45	.55	.36	.67		.43	.58	.32	.52
46. Zenuwachtige beweging	.05	.23	.27	.65		.10	.37	.08	.33
47. Nachmerries	.29	.46	.36	.67		.31	.51	.18	.45
48. Andere jo/mei mogen hem/haar niet	.18	.39	.00	.00 *		.14	.35	.08	.31
49. Obstipatie	.18	.46	.18	.60		.18	.49	.07	.32
50. Te angstig	.29	.52	.27	.47		.29	.50	.14	.42
51. Duizeligheid	.05	.23	.00	.00		.04	.20	.03	.17
52. Schuldgevoel	.34	1.48	.00	.00		.27	1.30	.09	.31 *
53. Eet te veel	.18	.46	.18	.40		.18	.44	.09	.33
54. Oververmoeid	.53	.65	.36	.50		.49	.62	.14	.41 **
55. Te dik	.24	.49	.09	.30		.20	.46	.08	.32
56A. Pijnen	.37	1.48	.09	.30		.31	1.31	.07	.33 **
56B. Hoofdpijn	.29	.46	.09	.30		.24	.43	.15	.42
56C. Misselijkheid	.08	.27	.18	.60		.10	.37	.07	.28
56D. Oogproblemen	.08	.27	.00	.00		.06	.24	.03	.22
56E. Huiduitslag	.21	.47	.09	.30		.18	.44	.22	.54
56F. Maagpijn	.21	.41	.27	.65		.22	.47	.27	.53
56G. Overgeven	.13	.34	.00	.00		.10	.31	.06	.28
56H. Andere lichamelijke problemen	.11	.39	.27	.65		.14	.46	.04	.26
57. Valt anderen aan	.08	.27	.18	.40		.10	.31	.04	.24
58. Peuteren	.29	.46	.18	.40		.27	.45	.24	.53
59. Speelt in openbaar met eigen geslachtsdelen	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.03	.20
60. Speel te veel met eigen geslachtsdelen	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.02	.18
61. Slechte schoolresultaten	.21	.41	.27	.47		.22	.42	.10	.36
62. Onhandig	.21	.41	.09	.30		.18	.39	.10	.34
63. Liever met oudere jo/mei	.63	1.48	.27	.65		.55	1.34	.25	.55 *
64. Liever met jongere jo/mei	.87	2.02	1.00	2.72		.90	2.16	.25	.54 **
65. Weigert te praten	.18	.39	.09	.30		.16	.37	.13	.37
66. Herhaalt handelingen	.08	.27	.18	.40		.10	.31	.03	.22
67. Loopt weg van huis	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.02	.14
68. Schreeuwt veel	.63	.67	.64	.67		.63	.67	.24	.50 **
69. Gesloten	.39	.55	.36	.50		.39	.53	.25	.52
70. Ziet dingen	.00	.00	.09	.30		.02	.14	.03	.18
71. Schaamt zich	.34	.58	.36	.67		.35	.60	.26	.48

vervolg Bijlage B4 CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep

vervolg Tabel II. CBCL: DSSHS-MEISJES 4-11 jaar.

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25		P	DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623		
	gem.	s.d.	gem.	s.d.		gem.	s.d.	gem.	s.d.	P
72. Brandstichten	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.00	.08	
73. Sexuele problemen	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.01	.14	
74. Raar of gek doen	.39	.55	.55	.52		.43	.54	.28	.49	
75. Verlegen	.47	.56	.64	.50		.51	.54	.46	.57	
76. Slaapt minder	.45	.65	.00	.00	**	.35	.60	.26	.57	
77. Slaapt meer	.11	.39	.55	.82		.20	.54	.16	.46	
78. Smeert met ontlasting	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.00	.08	
79. Spraakproblemen#	nvt	nvt	nvt	nvt		nvt	nvt	.12	.41	
80. Lege blik	.13	.34	.09	.30		.12	.33	.07	.31	
81. Steelt van huis	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.02	.14	
82. Steelt buitenshuis	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.01	.12	
83. Opsparen van dingen	.13	.41	.00	.00		.10	.37	.40	.69	*
84. Vreemd gedrag	.13	.41	.00	.00		.10	.37	.04	.26	
85. Vreemde gedachten	.05	.23	.09	.30		.06	.24	.04	.22	
86. Koppig	.71	.61	.82	.40		.73	.57	.51	.59	
87. Verandert van stemming	.53	.65	.64	.67		.55	.65	.27	.54	**
88. Mokken	.63	.63	.82	.60		.67	.63	.52	.59	
89. Achterdochtig	.37	.59	.36	.67		.37	.60	.09	.32	**
90. Vloeken	.08	.27	.18	.40		.10	.31	.16	.38	
91. Praat over zichzelf doden	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.01	.13	
92. Slaapwandelen	.16	.37	.18	.40		.16	.37	.27	.53	
93. Praat te veel	.45	.65	.91	.83		.55	.71	.51	.69	
94. Plaagt veel	.45	.50	1.18	2.64		.61	1.32	.20	.45	**
95. Driftbuien	.42	.64	.64	.67		.47	.65	.23	.51	*
96. Denkt te veel aan sex	.00	.00	.18	.60		.04	.29	.02	.16	
97. Bedreigt andere mensen	.05	.23	.00	.00		.04	.20	.01	.14	
98. Duimzuigen	.32	.70	.64	.92		.39	.76	.61	.85	
99. Teveel bezig met netjes zijn	.26	.55	.18	.40		.24	.52	.19	.49	
100. Slaapproblemen	.32	.62	.18	.40		.29	.58	.21	.53	
101. Spijbelen	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.01	.10	
102. Te weig actief	.21	.53	.00	.00		.16	.47	.05	.24	*
103. Ongelukkig	.29	.52	.09	.30		.24	.48	.10	.33	*
104. Luidruchtig	.71	.69	1.00	.63		.78	.69	.28	.54	**
105. Alcohol of drugs	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.01	.09	
106. Vandalisme	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.01	.10	
107. Broekplassen	.05	.23	.00	.00		.04	.20	.03	.20	
108. Bedplassen	.16	.49	.27	.47		.18	.49	.11	.39	
109. Dreinerig	.32	.47	.36	.50		.33	.47	.15	.37	*
110. Wil van andere geslacht zijn	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.02	.18	
111. Teruggetrokken	.13	.41	.27	.47		.16	.43	.07	.29	
112. Maakt zich zorgen	.24	.43	.09	.30		.20	.41	.19	.42	
113. Ieder ander probleem	.05	.23	.09	.30		.06	.24	.05	.30	

* $p \leq .01$ ** $p \leq .001$

item 79. Spraakproblemen is uitgesloten; er is geen correctie uitgevoerd, gezien zeer geringe gemiddelde scores in de Alg. Bevolkingsgroep.

vervolg Bijlage B4 CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep

Tabel III. CBCL: DSSHS-JONGENS 12-18 jaar.

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25		P	DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623		P
	gem.	s.d.	gem.	s.d.		gem.	s.d.	gem.	s.d.	
1. Gedraagt zich te jong	.79	.86	.93	.73		.82	.83	.32	.57	**
2. Allergie	.37	.66	.21	.43		.33	.61	.42	.75	
3. Spreekt veel tegen	.72	.70	.86	.66		.75	.69	.59	.69	
4. Astma	.09	.29	.71	2.40		.25	1.21	.11	.44	
5. Gedraagt zich als andere geslacht	.05	.21	.00	.00		.04	.19	.02	.19	
6. Ontlasting buiten wc	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.02	.16	
7. Opscheppen	.84	.75	1.21	.80		.93	.78	.67	.69	*
8. Niet concentreren	.84	.72	.79	.58		.82	.68	.71	.75	
9. Obsessies	.77	1.49	.57	.85		.72	1.36	.24	.55	**
10. Over-actief	.81	.73	.86	.53		.82	.68	.54	.74	*
11. Te afhankelijk	.49	.63	.36	.50		.46	.60	.23	.53	*
12. Eenzaam voelen	.35	.53	.14	.36		.30	.50	.10	.33	**
13. In de war	.19	.50	.29	.47		.21	.49	.04	.22	**
14. Huilt veel	.05	.21	.07	.27		.05	.23	.05	.24	
15. Wreed voor dieren	.14	.47	.07	.27		.12	.43	.03	.19	*
16. Wreed voor anderen	.33	.61	.21	.43		.30	.57	.09	.30	**
17. Dagdromen	.44	.63	.64	.74		.49	.66	.37	.59	
18. Verwondt zichzelf	.05	.21	.00	.00		.04	.19	.01	.13	
19. Eist veel aandacht	.74	.73	1.00	.88		.81	.77	.48	.69	**
20. Vernielt eigen spullen	.23	.53	.07	.27		.19	.48	.10	.33	
21. Vernielt spullen van anderen	.19	.45	.14	.36		.18	.43	.07	.29	
22. Thuis ongehoorzaam	.49	.63	.29	.61		.44	.63	.31	.53	
23. Ongehoorzaam op school	.42	.54	.36	.63		.40	.56	.18	.45	**
24. Eet niet goed	.28	.55	.14	.36		.25	.51	.20	.49	
25. Kan niet opschieten met andere jo/mei	.30	.51	.64	.74		.39	.59	.07	.28	**
26. Niet schuldig voelen	.44	.63	.43	.65		.44	.63	.25	.52	
27. Snel jaloers	.53	.70	.50	.65		.53	.68	.28	.57	*
28. Eet dingen die niet eetbaar zijn	.00	.00	.07	.27		.02	.13	.00	.06	
29. Bang voor dieren e.a.	.21	.51	.29	.61		.23	.54	.14	.41	
30. Bang naar school gaan	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.03	.19	
31. Bang dat hij/zij ondeugends zou doen	.26	.44	.14	.36		.23	.42	.08	.33	*
32. Vindt dat hij/zij perfect moet zijn	.67	.68	.57	.51		.65	.64	.48	.69	
33. Klaagt dat niemand van hem/haar houdt	.28	.55	.07	.27		.23	.50	.16	.41	
34. Gevoel dat anderen het op hem/haar gemunt hebben	.44	.63	.36	.50		.42	.60	.26	.52	
35. Voelt zich waardeloos	.30	.56	.14	.36		.26	.52	.15	.41	
36. Krijgt ongelukken	.09	.29	.14	.53		.11	.36	.14	.40	
37. Vecht veel	.35	.53	.21	.58		.32	.54	.07	.27	**
38. Veel geplaagd	.56	1.45	.43	.65		.53	1.30	.13	.40	**

vervolg Bijlage B4 CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep

vervolg Tabel III. CBCL: DSSHS-JONGENS 12-18 jaar.

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25		P	DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.		gem.	s.d.	gem.	s.d. P
39. Gaat om met jo/mei in moeilijkheden	.19	.45	.07	.27		.16	.41	.17	.47
40. Hooft geluiden	.12	.32	.07	.27		.11	.31	.01	.14 **
41. Impulsief	.53	.70	.86	.77		.61	.73	.51	.63
42. Liever alleen	.72	1.42	.64	.63		.70	1.27	.37	.62 **
43. Liegen	.33	.52	.29	.47		.32	.51	.17	.42
44. Nagelbijten	.26	.49	.43	.65		.30	.53	.44	.74
45. Zenuwachtig	.56	.55	.57	.51		.56	.54	.52	.63
46. Zenuwachtige beweging	.23	.48	.86	2.41		.39	1.26	.16	.46 *
47. Nachmerries	.33	.57	.14	.36		.28	.53	.09	.34 **
48. Andere jo/mei mogen hem/haar niet	.28	.50	.36	.63		.30	.53	.08	.29 **
49. Obstipatie	.09	.29	.00	.00		.07	.26	.04	.24
50. Te angstig	.21	.47	.21	.58		.21	.49	.07	.28 *
51. Duizeligheid	.09	.29	.07	.27		.09	.29	.06	.26
52. Schuldgevoel	.28	1.39	.07	.27		.23	1.21	.08	.30
53. Eet te veel	.33	.64	.36	.50		.33	.61	.14	.43 *
54. Oververmoeid	.40	.54	.07	.27 *		.32	.51	.23	.50
55. Te dik	.19	.45	.14	.36		.18	.43	.07	.32
56A. Pijnen	.09	.29	.07	.27		.09	.29	.04	.22
56B. Hoofdpijn	.07	.26	.29	.61		.12	.38	.26	.53
56C. Misselijkheid	.02	.15	.07	.27		.04	.19	.06	.25
56D. Oogproblemen	.05	.21	.64	2.41		.19	1.20	.01	.10 *
56E. Huiduitslag	.07	.26	.00	.00		.05	.23	.17	.46
56F. Maagpijn	.09	.29	.00	.00		.07	.26	.10	.32
56G. Overgeven	.02	.15	.00	.00		.02	.13	.02	.13
56H. Andere lichamelijke problemen	.07	.34	.00	.00		.05	.29	.04	.25
57. Valt anderen aan	.26	.49	.00	.00 **		.19	.44	.04	.21 **
58. Peuten	.23	.48	.07	.27		.19	.44	.24	.52
59. Speelt in openbaar met eigen geslachtsdelen	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.01	.12
60. Speelt te veel met eigen geslachtsdelen	.53	1.55	.00	.00		.40	1.36	.02	.17 **
61. Slechte schoolresultaten	.44	1.44	.21	.43		.39	1.26	.29	.59
62. Onhandig	.40	.62	.50	.76		.42	.65	.21	.48 *
63. Liever met oudere jo/mei	.88	1.93	1.50	3.23		1.04	2.30	.36	.65 **
64. Liever met jongere jo/mei	.35	.57	1.07	2.37		.53	1.28	.16	.46 **
65. Weigert te praten	.26	.49	.21	.58		.25	.51	.20	.47
66. Herhaalt handelingen	.14	.41	.07	.27		.12	.38	.02	.18 **
67. Loopt weg van huis	.09	.37	.00	.00		.07	.32	.02	.17
68. Schreeuwt veel	.30	.51	.14	.53		.26	.52	.15	.41
69. Gesloten	.49	.67	.50	.52		.49	.63	.51	.70
70. Ziet dingen	.07	.26	.07	.27		.07	.26	.02	.17
71. Schaamt zich	.47	.55	.14	.36		.39	.53	.27	.52

vervolg Bijlage B4 CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep

vervolg Tabel III. CBCL: DSSHS-JONGENS 12-18 jaar.

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25			DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623		
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P
72. Brandstichten	.02	.15	.00	.00		.02	.13	.04	.21	
73. Sexuele problemen	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.01	.14	
74. Raar of gek doen	.51	.55	.64	.63		.54	.57	.21	.47	**
75. Verlegen	.35	.53	.14	.36		.30	.50	.38	.57	
76. Slaapt minder	.47	1.44	.21	.58		.40	1.28	.23	.55	
77. Slaapt meer	.16	.43	.14	.36		.16	.41	.14	.46	
78. Smeert met ontlasting	.07	.34	.00	.00		.05	.29	.00	.09	
79. Spraakproblemen	nvt	nvt	nvt	nvt		nvt	nvt	.10	.37	
80. Lege blik	.19	.50	.07	.27		.16	.45	.06	.27	
81. Steelt van huis	.05	.21	.14	.36		.07	.26	.04	.20	
82. Steelt buitenshuis	.05	.21	.00	.00		.04	.19	.02	.13	
83. Opsparen van dingen	.33	.64	.00	.00	*	.25	.58	.11	.41	
84. Vreemd gedrag	.14	.47	.29	.61		.18	.50	.02	.18	**
85. Vreemde gedachten	.19	.45	.00	.00	*	.14	.40	.03	.22	*
86. Koppig	.77	.65	.57	.65		.72	.65	.55	.64	
87. Verandert van stemming	.44	.59	.43	.65		.44	.60	.26	.52	
88. Mokken	.49	.63	.29	.47		.44	.60	.29	.52	
89. Achterdochtig	.63	.62	.29	.61		.54	.63	.12	.39	**
90. Vloeken	.30	.56	.29	.47		.30	.53	.30	.53	
91. Praat over zichzelf doden	.07	.26	.00	.00		.05	.23	.03	.19	
92. Slaapwandelen	.21	.41	.29	.61		.23	.46	.25	.52	
93. Praat te veel	.53	.70	.43	.76		.51	.71	.31	.58	
94. Plaagt veel	.77	1.48	.14	.36		.61	1.32	.30	.55	**
95. Driftbui	.58	.70	.43	.65		.54	.68	.31	.56	*
96. Denkt te veel aan sex	.28	.50	.00	.00	**	.21	.45	.08	.32	*
97. Bedreigt andere mensen	.16	.43	.00	.00		.12	.38	.01	.14	**
98. Duimzuigen	.14	.41	.00	.00		.11	.36	.10	.40	
99. Teveel bezig met netjes zijn	.26	.49	.07	.27		.21	.45	.16	.46	
100. Slaapproblemen	.12	.32	.14	.53		.12	.38	.16	.49	
101. Spijbelen	.05	.21	.00	.00		.04	.19	.07	.30	
102. Te weinig actief	.19	.45	.07	.27		.16	.41	.16	.47	
103. Ongelukkig	.23	.48	.07	.27		.19	.44	.13	.36	
104. Luidruchtig	.65	.72	.57	.65		.63	.70	.32	.56	**
105. Alcohol of drugs	.14	.35	.00	.00	*	.11	.31	.20	.43	
106. Vandalisme	.16	.37	.00	.00	*	.12	.33	.04	.20	*
107. Broekplassen	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.00	.00	
108. Bedplassen	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.02	.17	
109. Dreinerig	.16	.37	.00	.00	*	.12	.33	.03	.16	**
110. Wil van andere geslacht zijn	.05	.30	.00	.00		.04	.26	.00	.05	*
111. Teruggetrokken	.33	.57	.50	.65		.37	.59	.10	.32	**
112. Maakt zich zorgen	.35	.57	.43	.65		.37	.59	.25	.49	
113. Ieder ander probleem	.09	.37	.00	.00		.07	.32	.06	.31	

* $p \leq .01$ ** $p \leq .001$

item 79. Spraakproblemen is uitgesloten; er is geen correctie uitgevoerd, gezien zeer geringe gemiddelde scores in de Alg. Bevolkingsgroep.

vervolg Bijlage B4 CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep

Tabel IV. CBCL: DSSHS-MEISJES 12-18 jaar.

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25			DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623		
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P
1. Gedraagt zich te jong	.76	.85	.85	.69		.78	.81	.27	.54	**
2. Allergie	.29	.65	.92	2.50		.45	1.38	.47	.77	
3. Spreekt veel tegen	.74	.64	1.00	.41		.80	.60	.57	.68	
4. Astma	.32	1.49	1.38	3.38		.59	2.15	.12	.42	**
5. Gedraagt zich als andere geslacht	.08	.36	.00	.00		.06	.31	.05	.26	
6. Ontlasting buiten wc	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.00	.09	
7. Opscheppen	.50	.60	.46	.66		.49	.61	.23	.50	**
8. Niet concentreren	.53	.65	.62	.65		.55	.64	.46	.66	
9. Obsessies	.39	.59	.46	.66		.41	.61	.28	.56	
10. Over-actief	.53	.65	.46	.66		.51	.64	.36	.65	
11. Te afhankelijk	.45	.72	.77	.60		.53	.70	.20	.47	**
12. Eenzaam voelen	.68	.70	.62	.51		.67	.65	.14	.40	**
13. In de war	.37	1.48	.15	.38		.31	1.29	.06	.25	**
14. Huilt veel	.13	.34	.23	.44		.16	.37	.09	.32	
15. Wreed voor dieren	.08	.36	.00	.00		.06	.31	.01	.10	
16. Wreed voor anderen	.29	.52	.00	.00	**	.22	.46	.05	.24	**
17. Dagdromen	.39	.59	.46	.66		.41	.61	.47	.59	
18. Verwondt zichzelf	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.00	.09	
19. Eist veel aandacht	.82	.73	1.08	.86		.88	.77	.43	.66	**
20. Vernielt eigen spullen	.13	.34	.00	.00		.10	.30	.01	.10	**
21. Vernielt spullen van anderen	.08	.27	.00	.00		.06	.24	.02	.13	
22. Thuis ongehoorzaam	.45	.50	.54	.52		.47	.50	.25	.48	*
23. Ongehoorzaam op school	.55	1.48	.15	.38		.45	1.30	.10	.33	**
24. Eet niet goed	.21	.47	.23	.44		.22	.46	.19	.48	
25. Kan niet opschieten met andere jo/mei	.24	.49	.23	.44		.24	.47	.05	.25	**
26. Niet schuldig voelen	.34	.58	.31	.63		.33	.59	.20	.49	
27. Snel jaloers	.58	.68	.62	.51		.59	.64	.30	.59	**
28. Eet dingen die niet eetbaar zijn	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.01	.10	
29. Bang voor dieren e.a.	.16	.49	.31	.63		.20	.53	.33	.62	
30. Bang naar school gaan	.08	.27	.00	.00		.06	.24	.02	.17	
31. Bang dat hij/zij ondeugends zou doen	.21	.41	.15	.38		.20	.40	.08	.29	*
32. Vindt dat hij/zij perfect moet zijn	.63	.67	.62	.65		.63	.66	.52	.70	
33. Klaagt dat niemand van hem/haar houdt	.50	.69	.31	.48		.45	.64	.22	.46	*
34. Gevoel dat anderen het op hem/haar gemunt hebben	.74	1.54	.38	.51		.65	1.35	.25	.52	**
35. Voelt zich waardeloos	.71	2.03	.46	.52		.65	1.76	.20	.45	**
36. Krijgt ongelukken	.08	.36	.08	.28		.08	.34	.08	.30	
37. Vecht veel	.13	.34	.08	.28		.12	.33	.04	.23	
38. Veel geplaagd	.47	.73	.46	.52		.47	.67	.13	.40	**

vervolg Bijlage B4 CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep

vervolg Tabel IV. CBCL: DSSHS-MEISJES 12-18 jaar.

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25			DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623		
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P
39. Gaat om met jo/mei in moeilijkheden	.50	1.52	.00	.00		.37	1.33	.23	.52	
40. Hooft geluiden	.24	1.46	.00	.00		.18	1.26	.02	.19	
41. Impulsief	.39	.59	.77	.44		.49	.58	.37	.59	
42. Liever alleen	.45	.55	.62	.77		.49	.61	.30	.55	
43. Liegen	.29	.52	.15	.38		.25	.48	.13	.41	
44. Nagelbijten	.61	.82	.46	.66		.57	.78	.41	.72	
45. Zenuwachtig	.53	.60	.85	.69		.61	.63	.44	.59	
46. Zenuwachtige beweging	.18	.51	.38	.65		.24	.55	.08	.32	*
47. Nachtmeries	.13	.34	.92	2.50		.33	1.31	.11	.38	*
48. Andere jo/mei mogen hem/haar niet	.26	.50	.31	.48		.27	.49	.10	.31	**
49. Obstipatie	.13	.34	.00	.00		.10	.30	.05	.24	
50. Te angstig	.13	.34	.38	.51		.20	.40	.12	.37	
51. Duizeligheid	.13	.34	.23	.44		.16	.37	.19	.43	
52. Schuldgevoel	.18	.46	.54	.66		.27	.53	.12	.36	*
53. Eet te veel	.32	.57	.15	.38		.27	.53	.16	.45	
54. Oververmoeid	.55	.60	.38	.51		.51	.58	.23	.47	**
55. Te dik	.29	.57	.23	.44		.27	.53	.16	.44	
56A.Pijnen	.39	1.48	.08	.28		.31	1.29	.09	.36	*
56B.Hoofdpijn	.32	.53	.31	.48		.31	.51	.30	.56	
56C.Misselijkheid	.66	2.03	.77	2.49		.69	2.13	.11	.35	**
56D.Oogproblemen	.08	.36	.08	.28		.08	.34	.05	.27	
56E.Huiduitslag	.21	.53	.08	.28		.18	.48	.18	.46	
56F.Maagpijn	.29	.57	.38	.51		.31	.55	.24	.51	
56G.Overgeven	.29	1.47	.69	2.50		.39	1.77	.03	.17	**
56H.Andere lichamelijke problemen	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.06	.29	
57. Valt anderen aan	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.03	.16	
58. Peuteren	.34	.53	.23	.44		.31	.51	.15	.42	
59. Speelt in openbaar met eigen geslachtsdelen	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.01	.10	
60. Speel te veel met eigen geslachtsdelen	.24	.82	.00	.00		.18	.71	.01	.11	**
61. Slechte schoolresultaten	.11	.31	.15	.38		.12	.33	.19	.47	
62. Onhandig	.37	1.50	1.00	2.45		.53	1.78	.12	.39	**
63. Liever met oudere jo/mei	.47	.69	.85	.90		.57	.76	.30	.60	*
64. Liever met jongere jo/mei	.55	.76	.23	.44		.47	.70	.15	.43	**
65. Weigert te praten	.21	.53	.77	2.49		.35	1.32	.18	.46	
66. Herhaalt handelingen	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.02	.17	
67. Loopt weg van huis	.03	.16	.08	.28		.04	.20	.01	.11	
68. Schreeuwt veel	.39	.64	.46	.78		.41	.67	.16	.42	**
69. Gesloten	.47	.56	.54	.52		.49	.54	.43	.63	
70. Ziet dingen	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.03	.23	
71. Schaamt zich	.61	.68	.62	.65		.61	.67	.33	.54	**

vervolg **Bijlage B4** **CBCL: probleemitems, DSSHS-groep en normgroep**

vervolg **Tabel IV.** **CBCL: DSSHS-MEISJES 12-18 jaar.**

	DS-groep N=56		SHS-groep N=25			DSSHS-groep N=81		Normgroep N=623		
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P	gem.	s.d.	gem.	s.d.	P
72. Brandstichten	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.00	.00	
73. Sexuele problemen	.13	.41	.00	.00		.10	.36	.01	.09	**
74. Raar of gek doen	.11	.31	.31	.48		.16	.37	.12	.37	
75. Verlegen	.53	.60	.38	.51		.49	.58	.40	.58	
76. Slaapt minder	.18	.56	.15	.38		.18	.52	.21	.51	
77. Slaapt meer	.21	.47	.31	.75		.24	.55	.16	.45	
78. Smeert met ontlasting	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.00	.06	
79. Spraakproblemen#	nvt	nvt	nvt	nvt		nvt	nvt	.04	.22	
80. Lege blik	.39	1.48	.92	2.47		.53	1.77	.04	.21	**
81. Steelt van huis	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.02	.18	
82. Steelt buitenshuis	.05	.23	.00	.00		.04	.20	.01	.12	
83. Opsparen van dingen	.26	1.46	.08	.28		.22	1.27	.22	.55	
84. Vreemd gedrag	.08	.27	.15	.38		.10	.30	.02	.18	*
85. Vreemde gedachten	.05	.23	.08	.28		.06	.24	.04	.20	
86. Koppig	.61	.64	.69	.63		.63	.63	.56	.62	
87. Verandert van stemming	.45	.65	.62	.65		.49	.64	.40	.60	
88. Mokken	.53	.60	.54	.66		.53	.61	.39	.57	
89. Achterdochtig	.37	.59	.46	.66		.39	.60	.13	.38	**
90. Vloeken	.18	.46	.31	.48		.22	.46	.17	.40	
91. Praat over zichzelf doden	.08	.36	.00	.00		.06	.31	.02	.14	
92. Slaapwandelen	.24	.49	.54	.66		.31	.55	.31	.58	
93. Praat te veel	.45	.60	.62	.51		.49	.58	.35	.60	
94. Plaagt veel	.39	.59	.31	.48		.37	.56	.15	.40	**
95. Driftbuien	.29	.57	.46	.52		.33	.55	.21	.48	
96. Denkt te veel aan sex	.11	.39	.08	.28		.10	.36	.04	.21	
97. Bedreigt andere mensen	.08	.27	.00	.00		.06	.24	.00	.09	**
98. Duimzuigen	.16	.49	.23	.60		.18	.52	.11	.39	
99. Teveel bezig met netjes zijn	.34	.58	.46	.78		.37	.63	.18	.49	
100. Slaapproblemen	.16	.49	.15	.38		.16	.46	.15	.44	
101. Spijbelen	.18	.39	.00	.00	*	.14	.35	.06	.26	
102. Te weig actief	.39	.59	.31	.48		.37	.56	.16	.44	*
103. Ongelukkig	.26	.50	.46	.52		.31	.51	.19	.43	
104. Luidruchtig	.29	.52	.62	.77		.37	.60	.27	.55	
105. Alcohol of drugs	.05	.23	.00	.00		.04	.20	.10	.32	
106. Vandalisme	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.00	.05	
107. Broekplassen	.00	.00	.00	.00		.00	.00	.00	.00	
108. Bedplassen	.03	.16	.00	.00		.02	.14	.02	.17	
109. Dreinerig	.05	.23	.15	.38		.08	.27	.02	.15	
110. Wil van andere geslacht zijn	.24	1.46	.00	.00		.18	1.26	.00	.06	*
111. Teruggetrokken	.21	.41	.08	.28		.18	.39	.08	.33	
112. Maakt zich zorgen	.47	.56	.54	.52		.49	.54	.27	.50	*
113. Ieder ander probleem	.05	.32	.08	.28		.06	.31	.08	.36	

* $p \leq .01$ ** $p \leq .001$

item 79. Spraakproblemen is uitgesloten; er is geen correctie uitgevoerd, gezien zeer geringe gemiddelde scores in de Alg. Bevolkingsgroep.

Bijlage B5 CBCL: Probleemitems, gegroepeerd naar Internaliseren, Externaliseren en Andere Problemen, DSSHS-groep

Tabel I. CBCL: probleemitems waarop alle DSSHS-kinderen significant (t-tests; $p \leq .01$) hogere scores hadden dan de Algemene bevolkingsgroep.

Internaliseren	89. Achterdocht
Externaliseren	16. Wreed voor anderen
	19. Eist veel aandacht
	23. Ongehoorzaam op school
	26. Niet schuldig voelen
	63. Liever met oudere jongens/meisjes
Andere Problemen	94. Plaagt veel
	1. Gedraagt zich te jong
	11. Te afhankelijk
	25. Kan niet goed opschieten met andere jongens/meisjes
	64. Liever met jongere jongens/meisjes

Tabel II. CBCL: probleemitems waarop DSSHS-jongens 4-11 significant (t-tests; $p \leq .01$) lagere scores hadden dan de Algemene bevolkingsgroep.

Externaliseren	90. Vloeken
----------------	-------------

Tabel III. CBCL: probleemitems waarop DSSHS-meisjes 4-11 significant (t-tests; $p \leq .01$) lagere scores hadden dan de Algemene bevolkingsgroep.

Andere Problemen	83. Opsparen van dingen
------------------	-------------------------

Tabel IV. CBCL: probleemitems waarop DSSHS-jongens 4-11 jaar en DSSHS-meisjes 4-11 jaar significant (t-tests; $p \leq .01$) hogere scores hadden dan de Algemene bevolkingsgroepen.

Internaliseren	42. Liever alleen
	56a. Pijnen
	89. Achterdocht
Externaliseren	3. Spreekt veel tegen
	22. Thuis ongehoorzaam
	23. Ongehoorzaam op school
	37. Vecht veel
Andere Problemen	68. Schreeuwt veel
	1. Gedraagt zich te jong
	11. Te afhankelijk
	25. Kan niet goed opschieten met andere jongens/ meisjes
	64. Liever met jongere jongens/ meisjes
	95. Driftbuien
	104. Luidruchtig

vervolg Bijlage B5 CBCL: probleemitems, gegroepeerd naar Internaliseren, Externaliseren en Andere Problemen

Tabel V. CBCL: Probleemitems waarop DSSHS-jongens 12-18 jaar en DSSHS-meisjes 12-18 jaar significant (t-tests; $p \leq .01$) hogere scores hadden dan de Algemene bevolkingsgroepen.

Internaliseren	12. Eenzaam voelen 31. Bang dat hij/zij iets ondeugends zou doen 89. Achterdocht
Externaliseren	7. Opscheppen 16. Wreed voor anderen 19. Eist veel aandacht 23. Ongehoorzaam op school 27. Snel jaloers 63. Liever met oudere jongens/meisjes 94. Plaagt veel
Andere Problemen	1. Gedraagt zich te jong 11. Te afhankelijk 13. In de war 25. Kan niet goed opschieten met andere jongens/meisjes 38. Veel geplaagd 46. Zenuwachtige bewegingen 47. Nachmerries 48. Andere jongens/meisjes mogen hem/haar niet 60. Speelt te veel met eigen geslachtsdelen 62. Onhandig 64. Liever met jongere jongens/meisjes 84. Vreemd of raar gedrag 97. Bedreigt andere mensen 110. Wil van andere geslacht zijn

Tabel VI. CBCL: probleemitems waarop DSSHS-jongens 4-11 jaar en DSSHS-jongens 12-18 jaar significant (t-tests; $p \leq .01$) hogere scores hadden dan de Algemene bevolkingsgroepen.

Internaliseren	56d. Oogproblemen 89. Achterdocht 111. Teruggetrokken
Externaliseren	16. Wreed voor anderen 19. Eist veel aandacht 23. Ongehoorzaam op school 27. Snel jaloers 37. Vecht veel 57. Valt anderen aan 63. Liever met oudere jongens/ meisjes 74. Raar/ gek doen 94. Plaagt veel
Andere Problemen	1. Gedraagt zich te jong 9. Obsessies 11. Te afhankelijk 25. Kan niet goed opschieten met andere jongens/meisjes 64. Liever met jongere jongens/meisjes 95. Driftbuien 104. Luidruchtig

vervolg Bijlage B5 CBCL: Probleemitems, gegroepeerd naar Internaliseren, Externaliseren en Andere Problemen

Tabel VII. CBCL: probleemitems waarop DSSHS-meisjes 4-11 jaar en DSSHS-meisjes 12-18 jaar significant hogere scores haalden dan de Alg. Bevolkingsgroepen (t-tests; $p \leq .01$).

Internaliseren	12. Eenzaam voelen 52. Schuldgevoel 54. Oververmoeid 56a. Pijnen 89. Achterdocht 102. Te weinig actief
Externaliseren	16. Wreed voor anderen 19. Eist veel aandacht 22. Thuis ongehoorzaam 23. Ongehoorzaam op school 63. Liever met oudere jongens/meisjes 68. Schreeuwt veel 94. Plaagt veel
Andere Problemen	1. Gedraagt zich te jong 11. Te afhankelijk 25. Kan niet goed opschieten met andere jongens/meisjes 64. Liever met jongere jongens/meisjes

Bijlage C1 NVOS: NVOS-A scores, DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep

Tabel I. NVOS: gemiddelde schaalscores van gezinsbelasting van de DSSHS-groep, DS-groep en de SHS-groep.

	DSSHS-groep N=226		DS-groep N=164		SHS-groep N=62			DSxSHS
Categorieën	Gem.	s.d.	gem.	s.d.	gem.	s.d.	t	p
Acceptatie	1.75	0.64	1.78	0.65	1.68	0.64	1.03	*
Aankunnen	1.93	0.48	1.98	0.50	1.77	0.39	3.01	
Problemen	2.20	0.61	2.25	0.62	2.07	0.58	1.95	
Situatie anders	1.74	0.54	1.79	0.57	1.61	0.44	2.18	
Kind Belasting	2.41	0.76	2.46	0.76	2.29	0.74	1.49	*
Alleen Staan	2.06	0.74	2.14	0.77	1.86	0.59	2.58	
Plezier	1.64	0.52	1.67	0.53	1.57	0.48	1.26	
Goede Omgang	1.86	0.64	1.90	0.68	1.74	0.51	1.89	
3-factor model:								
Bedreigde								
Opvoedingssfeer	1.75	0.49	1.78	0.51	1.67	0.42	1.51	*
Gezinsbelasting	2.07	0.54	2.12	0.55	1.94	0.48	2.27	
Alleen Staan	2.06	0.74	2.14	0.77	1.86	0.59	2.58	
* p<.01								

Bijlage C2 NVOS; NVOS-A scores, DSSHS-groep en normgroep

Tabel I. NVOS: NVOS-scores gezinsbelasting van de DSSHS-groep en de normgroep.

Categorieën	DSSHS-groep N=226		Normgroep N=234		NES	t	p
	Gem.	s.d.	gem.	s.d.			
3-factor model:							
Bedreigde							
Opvoedingssfeer	1.75	0.49	1.58	0.56	0.30	3.46	**
Gezinsbelasting	2.07	0.54	1.84	0.62	0.37	4.24	**
Alleen Staan	2.06	0.74	1.88	0.75	0.24	2.59	*
* p≤.01 ** p≤.001							

Tabel II. NVOS: scores van de DS-groep en de normgroep.

Categorieën	DS-groep N=164		Normgroep N=234		NES	t	p
	Gem.	s.d.	gem.	s.d.			
Acceptatie	1.78	0.65	1.40	0.49	0.78	6.65	**
Aankunnen	1.98	0.50	1.71	0.56	0.48	4.91	**
Problemen	2.25	0.62	1.94	0.60	0.52	5.00	**
Situatie anders	1.79	0.57	1.71	0.60	0.13	1.34	
Kind Belasting	2.46	0.76	2.01	0.70	0.64	6.09	**
Alleen Staan	2.14	0.77	1.88	0.75	0.35	3.37	**
Plezier	1.67	0.53	1.57	0.53	0.19	1.85	
Goede Omgang	1.90	0.68	1.76	0.65	0.22	2.08	
3-factor model:							
Bedreigde							
Opvoedingssfeer	1.78	0.51	1.58	0.56	0.36	3.64	**
Gezinsbelasting	2.12	0.55	1.84	0.62	0.45	4.64	**
Alleen Staan	2.14	0.77	1.88	0.75	0.35	3.37	**
* p≤.01 ** p≤.001							

vervolg Bijlage C2 NVOS: NVOS-A scores, DSSHS-groep en normgroep

Tabel III. NVOS: scores van de SHS-groep en de normgroep.

Categorieën	SHS-groep N=62		Normgroep N=234		NES	t	p
	gem.	s.d.	gem.	s.d.			
Acceptatie	1.68	0.64	1.40	0.49	0.57	3.74	**
Aankunnen	1.77	0.39	1.71	0.56	0.11	0.79	
Problemen	2.07	0.58	1.94	0.60	0.22	1.53	*
Situatie anders	1.61	0.44	1.71	0.60	-0.17	-1.23	
Kind Belasting	2.29	0.74	2.01	0.70	0.40	2.77	
Alleen Staan	1.86	0.59	1.88	0.75	-0.03	-0.19	
Plezier	1.57	0.48	1.57	0.53	0.00	0.00	
Goede Omgang	1.74	0.51	1.76	0.65	-0.03	-0.22	
3-factormodel:							
Bedreigde							
Opvoedingssfeer	1.67	0.42	1.58	0.56	0.16	1.18	
Gezinsbelasting	1.94	0.48	1.84	0.62	0.16	1.18	
Alleen Staan	1.86	0.59	1.88	0.75	-0.03	-0.19	
* p≤.01 ** p≤.001							

Tabel IV. Percentage gezinnen van DSSHS-kinderen met aanzienlijke gezinsbelasting per categorie.

Categorieën	Grensscore gemiddelde score normgroep + 1 s.d.	DSSHS-groep % groter of gelijk aan grensscore
3 factor model:		
Bedreigde		
Opvoedingssfeer	2.14	20.8
Gezinsbelasting	2.46	20.4
Alleen Staan	2.63	18.1

Tabel V. NVOS: correlaties met de onafhankelijke variabelen, DSSHS-groep.

Categorieën	Etnische afkomst N=226	geslacht N=226	leeftijd N=226	intelli- gentie N=220	SES N=225	gehoor- verlies N=226	commu- nicatie N=225	school- type N=226
Bedreigde								
Opvoedingssfeer	0.19	0.02	-0.02	-0.19*	-0.04	0.01	-0.24**	-0.11
Gezinsbelasting	0.01	0.01	-0.09	-0.09	-0.02	0.08	-0.29**	-0.15
Alleen Staan	0.11	-0.06	0.14	-0.13	-0.02	0.07	-0.16	-0.17*
* p≤.01 ** p≤.001								

Bijlage D1 GDS: gemiddelde GDS-scores van de DS-groep en de SHS-groep

Tabel I. GDS: gemiddelde GDS-scores, DS-groep en SHS-groep.

Categorieën	DSSHIS-groep N=225		DS-groep N=163		SHS-groep N=62		DSxSHS p
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	gem.	s.d.	
Adaptatie	21.95	5.12	22.25	5.51	21.18	3.86	0.16
Cohesie	70.40	6.51	69.87	6.89	71.79	5.18	0.05

De gemiddelde scores van zowel de DS-groep als de SHS-groep vielen in het niveau Gezamenlijk. Voor de DSSHIS-groep lagen de gemiddelde Adaptatie-scores op de grens van niveau Gestructureerd/ Flexibel; de gemiddelde Cohesie-scores op het niveau Gezamenlijk.

Bijlage D2 GDS: Dimensies en Gezinstypen, DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep

Tabel I. GDS: Cohesie, Adaptatie en Gezinstypen van de DSSHS-groep, DS-groep en SHS-groep.

Categorieën	DSSHS-groep 4-18 jaar		DS-groep 4-18 jaar		SHS-groep 4-18 jaar		DSxSHS Chi²
	%	N	%	N	%	N	
Adaptatie							4.89
Rigide	16.0	36	15.3	25	17.7	11	p=0.178
Gestructureerd	36.9	83	34.4	56	43.5	27	
Flexibel	35.1	79	35.8	58	33.9	21	
Chaotisch	12.0	27	14.7	24	4.8	3	
Cohesie							3.23
Los Zand	10.2	23	12.3	20	4.8	3	p=0.357
Individueel	22.7	51	22.7	37	22.6	14	
Gezamenlijk	52.9	119	52.1	85	54.8	34	
Kluwen	14.2	32	12.9	21	17.7	11	
Gezinstypen							1.75
Functioneel	56.4	127	55.3	84	59.7	37	p=0.416
Onevenwichtig	34.7	78	34.9	53	35.5	22	
Disfunctioneel	8.9	20	9.9	15	4.8	3	

Bijlage E1 VMG: gemiddelde VMG-scores, DSSHS-groep, de DS-groep en SHS-groep

Tabel I. VMG: gemiddelde VMG-scores van DS-kinderen en SHS-kinderen 4-11 jaar.

VMG-scores	DS-groep 4-11 jaar		SHS-groep 4-11 jaar	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.
Gehele levensperiode				
VMGTOT	5.03	2.47	4.34	2.04
VMGPOS	3.71	1.87	3.66	1.70
VMGNEG	1.51	1.56	1.17	1.20
	N=93		N=35	
Laatste jaar				
VMGTOT	1.52	1.54	1.40	1.31
VMGPOS	1.55	1.31	1.77	1.24
VMGNEG	0.55	0.91	0.49	0.82
	N=92		N=35	
Laatste 2 jaar				
VMGTOT	2.17	1.78	1.91	1.48
VMGPOS	2.16	1.58	2.31	1.32
VMGNEG	0.78	1.06	0.57	0.85
	N=92		N=35	
VMGTOT	totaal aantal gebeurtenissen			
VMGPOS	totaal aantal positief ervaren gebeurtenissen			
VMGNEG	totaal aantal negatief ervaren gebeurtenissen			

Tabel II. VMG: gemiddelde VMG-scores van DS-kinderen en SHS-kinderen 12-18 jaar.

VMG-scores	DS-groep 12-18 jaar		SHS-groep 12-18 jaar	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.
Gehele levensperiode				
VMGTOT	6.47	3.12	6.52	2.42
VMGPOS	4.14	2.06	4.24	2.19
VMGNEG	2.55	2.32	2.52	1.89
	N=74		N=27	
Laatste jaar				
VMGTOT	1.26	1.32	1.40	1.38
VMGPOS	1.33	1.05	1.48	1.23
VMGNEG	0.46	0.92	0.48	0.71
	N=69		N=25	
Laatste 2 jaar				
VMGTOT	1.91	1.57	2.24	1.33
VMGPOS	1.90	1.30	1.96	1.57
VMGNEG	0.75	1.13	0.92	0.81
	N=69		N=25	
VMGTOT	totaal aantal gebeurtenissen			
VMGPOS	totaal aantal positief ervaren gebeurtenissen			
VMGNEG	totaal aantal negatief ervaren gebeurtenissen			

vervolg Bijlage E1 VMG: gemiddelde VMG-scores, DSSHS-groep, de DS-groep en SHS-groep.

Tabel III. VMG: gemiddelde VMG-scores van DSSHS-kinderen 4-11 jaar en 12-18 jaar.

VMG-scores	DSSHs-groep 4-11 jaar		DSSHs-groep 12-18 jaar	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.
Gehele levensperiode				
VMGTOT	4.84	2.38	6.49	2.94
VMGPOS	3.70	1.82	4.16	2.09
VMGNEG	1.41	1.48	2.54	2.21
	N=128		N=101	
Laatste jaar				
VMGTOT	1.49	1.47	1.30	1.33
VMGPOS	1.61	1.29	1.37	1.10
VMGNEG	0.54	0.88	0.47	0.86
	N=127		N=94	
Laatste 2 jaar				
VMGTOT	2.10	1.70	2.00	1.51
VMGPOS	2.20	1.51	1.91	1.37
VMGNEG	0.72	1.01	0.80	1.05
	N=127		N=94	
VMGTOT	totaal aantal gebeurtenissen			
VMGPOS	totaal aantal positief ervaren gebeurtenissen			
VMGNEG	totaal aantal negatief ervaren gebeurtenissen			

Uit T-tests bleken geen verschillen tussen de VMG-scores van de DS-kinderen en de SHS-kinderen. Er werden geen geslachtsverschillen gevonden.

Bijlage E2 VMG: VMG-items, tweejaars periode.

Tabel I. VMG: frequentie van VMG-items tweejaars periode, DSSHS-groep 4-11 jaar.

Vmg-items	Voorgekomen 1 positief		Voorgekomen 2 negatief		Voorgekomen 3 ntb		Niet Voorgekomen	
	%	N	%	N	%	N	%	N
1 broertje/zusje erbij	11.5	15	0.0	0	0.8	1	87.5	112
2 ziekenhuisopname kind	7.1	9	4.8	6	1.6	2	86.5	109
3 blijvende handicap kind	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	127
4 ziekenhuisopname ouders	7.9	10	3.9	5	3.9	5	84.3	107
5 ziekenhuisopname br/zus	7.1	9	1.6	2	2.4	3	89.0	113
6 huisdier overleden	6.3	8	13.3	17	4.7	6	75.8	97
7 grootouder overleden	3.9	5	7.9	10	3.9	5	84.3	107
8 broer/zus overleden	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	128
9 ouder overleden	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	128
10 vriend(in) overleden	0.0	0	0.8	1	1.6	2	97.7	125
11 trots op prestatie	69.0	87	0.0	0	1.6	2	29.4	37
12 ouder werkloos geworden	3.9	5	0.0	0	0.8	1	95.3	122
13 verzorgende ouder werken	10.2	13	0.8	1	3.9	5	85.0	108
14 ouder door werk minder thuis	3.9	5	8.5	11	2.3	3	85.2	109
15 langdurig schoolverzuim	0.0	0	0.8	1	0.8	1	98.4	125
16 schoolverandering	7.8	10	0.8	1	3.9	5	87.5	112
17 relatie leerkracht slechter	0.0	0	1.6	2	0.8	1	97.7	125
18 rapporten slechter	0.0	0	2.3	3	0.8	1	96.9	124
19 financiën gezin slechter	0.8	1	1.6	2	2.3	3	95.3	122
20 lid club/vereniging	36.2	46	1.6	2	4.7	6	57.5	73
21 ruzies ouders en kind	2.4	3	5.5	7	1.6	2	90.6	115
22 leeftijdgenoot/volw. verhuisd	3.1	4	8.6	11	3.9	5	84.4	108
23 verhuizing gezin	8.5	11	0.8	1	1.6	2	89.1	114
24 vriendschap verbroken	1.6	2	2.3	3	0.8	1	95.3	122
25 extra volwassene in gezin	0.0	0	0.0	0	0.8	1	99.2	127
26 stiefvader/moeder	1.6	2	0.0	0	0.8	1	97.7	125
27 broer/zus verlaat huis	0.0	0	0.8	1	1.6	2	97.7	125
28 echtscheiding	0.0	0	0.8	1	1.6	2	97.6	124
29 ruzies tussen ouders	0.0	0	0.8	1	0.8	1	98.4	126
30 goede vriend(in) erbij	26.8	34	0.0	0	3.1	4	70.1	89
31 verkeersongeluk	0.8	1	1.6	2	0.8	1	96.9	124
32 opname in tehuis	0.8	1	0.0	0	0.8	1	98.4	126
33 gevangenisstraf ouder	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	128
34 zus ongewenst zwanger	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	128
35 alcohol/drugs kind	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	128
36 alcohol/drugs gezinslid	0.0	0	0.8	1	0.0	0	99.2	127
37 politiecontact	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	128

vervolg Bijlage E2 VMG: VMG-items, tweejaars periode

Tabel II. VMG: frequentie van VMG-items tweejaars periode, DSSHS-groep 12-18 jaar.

Vmg-items	Voorgekomen 1 positief		Voorgekomen 2 negatief		Voorgekomen 3 ntb		Niet Voorgekomen	
	%	N	%	N	%	N	%	N
1 broertje/zusje erbij	2.0	2	0.0	0	0.0	0	98.0	100
2 ziekenhuisopname kind	4.9	5	1.0	1	3.9	4	90.3	93
3 blijvende handicap kind	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	102
4 ziekenhuisopname ouders	7.8	8	9.8	10	4.9	5	77.5	79
5 ziekenhuisopname br/zus	9.0	9	1.0	1	2.0	2	88.0	88
6 huisdier overleden	4.0	4	10.9	11	1.0	1	84.2	85
7 grootouder overleden	3.9	4	8.8	9	4.9	5	82.4	84
8 broer/zus overleden	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	104
9 ouder overleden	0.0	0	1.0	1	1.9	2	97.1	101
10 vriend(in) overleden	1.0	1	3.8	4	1.0	1	94.2	98
11 trots op prestatie	54.9	56	1.0	1	1.0	1	43.1	44
12 ouder werkloos geworden	0.0	0	3.0	3	4.0	4	85.2	92
13 verzorgende ouder werken	15.8	16	1.0	1	2.0	2	81.2	82
14 ouder door werk minder thuis	1.0	1	1.0	1	0.0	0	98.0	100
15 langdurig schoolverzuim	1.0	1	1.9	2	1.0	1	96.2	100
16 schoolverandering	12.7	13	2.0	2	2.0	2	83.3	85
17 relatie leerkracht slechter	0.0	0	1.0	1	1.0	1	98.1	102
18 rapporten slechter	0.0	0	3.8	4	0.0	0	96.2	100
19 financiën gezin slechter	1.9	2	1.0	1	0.0	0	97.1	100
20 lid club/vereniging	30.1	31	1.0	1	3.9	4	65.0	67
21 ruzies ouders en kind	2.0	2	3.0	3	3.0	3	92.1	93
22 leeftijdgenoot/volw. verhuisd	0.0	0	5.9	6	1.0	1	93.1	95
23 verhuizing gezin	5.8	6	1.9	2	1.0	1	91.3	94
24 vriendschap verbroken	0.0	0	1.9	2	1.0	1	97.1	101
25 extra volwassene in gezin	2.9	3	0.0	0	0.0	0	97.1	101
26 stiefvader/moeder	1.0	1	0.0	0	0.0	0	99.0	103
27 broer/zus verlaat huis	6.9	7	2.9	3	4.9	5	85.3	87
28 echtscheiding	1.0	1	2.9	3	0.0	0	96.2	100
29 ruzies tussen ouders	0.0	0	5.8	6	1.0	1	93.2	96
30 goede vriend(in) erbij	24.3	25	0.0	0	4.9	5	70.9	73
31 verkeersongeluk	0.0	0	2.9	3	1.0	1	96.1	99
32 opname in tehuis	1.0	1	0.0	0	0.0	0	99.0	102
33 gevangenisstraf ouder	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	104
34 zus ongewenst zwanger	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	104
35 alcohol/drugs kind	0.0	0	1.0	1	0.0	0	99.0	102
36 alcohol/drugs gezinslid	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	104
37 politiecontact	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	104

Bijlage F1 Correlaties demografische/diagnostische kenmerken DSSHS-groep

Tabel I. Correlaties demografische/diagnostische kenmerken, DSSHS-kinderen, N=206.

Variabelen	etnische afkomst	Geslacht	leeftijd	intelligentie	SES	gehoor- verlies	commu- nicatie	school- type
Etnische afkomst		.04	.04	-.12	-.09	-.04	-.07	.23**
Geslacht			.10	-.01	-.13	.11	-.07	-.07
Leeftijd				-.18*	-.16	.02	.06	-.09
Intelligentie					.13	.04	.11	.03
SES						.10	.00	.12
Gehoорverlies							-.00	-.42**
Communicatie								-.03
Schooltype								
* p≤.01 ** p≤.001								

Bijlage F2 Modelspecificatie: recursief stelsel van regressievergelijkingen

Hieronder staat het volledige onderzoeksmodel, als een recursief stelsel van regressievergelijkingen, dat dient om de directe en indirecte verbanden tussen emotionele problemen/gedragsproblemen (hieronder: problemen) en de factoren van de opvoedingsomgeving vast te stellen.

$$\text{Gezinsfunctioneren} = a_1 + b_{11} * \text{Levensgebeurtenissen} + e_1$$

$$\text{Gezinsfunctioneren} = a_2 + b_{21} + e_2$$

$$\begin{aligned} \text{Problemen} &= a_3 \\ &+ b_{31} * \text{Levensgebeurtenissen} \\ &+ b_{32} * \text{Gezinsfunctioneren} \\ &+ b_{33} * \text{Gezinsbelasting} \\ &+ e_3 \end{aligned}$$

waarbij a= constante
b= ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt
e= residu

Bijlage G Lijst van instituten en scholen

Doveninstituut en SH scholen waarvan kinderen betrokken zijn in het onderzoek:

Instituut voor Doven Effatha	Voorburg/Zoetermeer
Prof. H.Burgerschool	Amsterdam
Mgr. Hermusschool	Amsterdam
Dr. P.C.M. Bosschool	Arnhem
V.S.O. De Stijgbeugel	Arnhem
De Spreekhoorn	Breda
Instituut Sint Marie	Eindhoven
School De Horst	Eindhoven
School De Beemden	Eindhoven
V.S.O. Ekkersbeek	Eindhoven
Dr. J.de Graafschool-V.S.O.	Groningen
Prof. Van Gilseschool	Haarlem
Martinus v. Beekschool	Nijmegen
V.S.O. Martinus van Beek	Nijmegen
De Open Cirkel-internaat	Nijmegen
De Voorde	Rijswijk
Burg. De Wildeschool	Schagen
O.S.G. Hendrik Mol	Schagen
Het Rotsoord	Utrecht
Bertha Muller school	Utrecht
Enkschool	Zwolle

SH-scholen zonder criteria-leerlingen (volgens opgave van de directie):

Prof. Groenschool	Amersfoort
Alex. Roozendaalschool	Amsterdam
Cor Emousschool	Den Haag
L.W. Hildernisschool	Rotterdam
Dr. F. Hogewindschool	Rotterdam
P.J. Evertseschool-V.S.O.	Rotterdam
S. Jonkerenschool	Rotterdam
De Taalkring	Utrecht

SH-scholen die geen medewerking wilden verlenen, doch wel schatting van het aantal leerlingen hebben gegeven (totaal ca. 63 lln., rekeninghoudend met gehoorverlies ca. 45 lln.):

Alex. G. Bellschool	Amsterdam
De Skelp	Drachten
Prof.dr. H.C. Huizingschool	Enschede
V.S.O. Het Maatman	Enschede
De Kring	Goes
De Wylerberg	Groesbeek
De Weerklank	Leiden
V.S.O. De Weerklank	Leiden
Alfonso Cortischool-V.S.O.	Utrecht

Doveninstituten/scholen en SH-scholen waarvan geen kinderen betrokken zijn in het onderzoek:

Instituut voor Doven	Sint-Michielsgestel
J.C. Ammanschool	Amsterdam
Koninklijk Instituut voor Doven H.D. Guyot	Haren
Rudolf Mees Instituut	Rotterdam
Mgr. Terwindschool	Groesbeek
Tine Marcusschool	Groningen
Mgr. Hanssenschool	Hoensbroek